

ISSN 1028-8554

НЕЗАВИСИМАЯ ПСИХИАТРИЧЕСКАЯ АССОЦИАЦИЯ РОССИИ  
INDEPENDENT PSYCHIATRIC ASSOCIATION OF RUSSIA

---

**НЕЗАВИСИМЫЙ  
ПСИХИАТРИЧЕСКИЙ  
ЖУРНАЛ**

**INDEPENDENT  
PSYCHIATRIC  
JOURNAL**

**ВЕСТНИК ИПА  
IPA HERALD**

**III**

**2002**

МОСКВА



Издание НПА

Регистрационный номер журнала 0110764

---

МЕЖДУНАРОДНЫЙ  
РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ  
ПО ФЕНОМЕНОЛОГИЧЕСКОЙ  
ПСИХИАТРИИ

Альфред Краус (Гейдельберг)  
К. В. М. Фулфорд (Варвик)  
Майкл Шварц (Бостон)

РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ

Ю. С. Савенко (гл. редактор)

Ю. Н. Аргунова  
В. Г. Батаев  
А. Н. Богдан  
М. Е. Бурно  
Л. Н. Виноградова  
В. Е. Каган  
Г. М. Котиков  
А. Ю. Магалиф  
В. Н. Прокудин

INTERNATIONAL  
EDITORIAL COUNCIL  
ON PHENOMENOLOGICAL  
PSYCHIATRY

Alfred Kraus (Heidelberg)  
K. W. M. Fulford (Warwick)  
Michael Alan Schwartz (Boston)

EDITORIAL BOARD

Yuri Savenko (Editor-in-Chief)

Yulia Argunova  
Vladimir Bataev  
Anatol Bogdan  
Mark Burno  
Liubov Vinogradova  
Victor Kagan  
Grigori Kotikov  
Alexander Magalif  
Vladimir Prokudin

---

Сдано в набор 25.09.2002. Подписано в печать 30.09.2002. Формат 60×84<sup>1</sup>/<sub>8</sub>.  
Бумага типографская офсет № 1. Гарнитура "Таймс". Печать офсетная.  
Тираж 3 000 экз. Заказ № 2002-03-ИРА.

Цена свободная

Оригинал-макет подготовлен в издательстве "Фолиум", 127238, Москва, Дмитровское шоссе, 58  
тел./факс: (095) 482-5590, 482-5544, E-mail: npz@folium.ru  
Отпечатано в типографии издательства "Фолиум", 127238, Москва, Дмитровское шоссе, 58



# СОДЕРЖАНИЕ

ПАВЕЛ ИВАНОВИЧ ЯКОБИЙ (1842 – 1913) . . . . .	5
ВЗАИМОДЕЙСТВИЕ ЭТИЧЕСКОГО, ПРАВОВОГО И АДМИНИСТРАТИВНОГО РЕГУЛИРОВАНИЯ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ	
Этические проблемы современной российской психиатрии — В. Н. Краснов . . . . .	12
Актуальные проблемы этического регулирования профессионального сообщества — Ю. И. Полищук . . . . .	18
Психиатрия и права человека в России: современные тенденции (1999 – 2002) — Ю. С. Савенко, Л. Н. Виноградова . . . . .	22
АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ПСИХИАТРИИ	
Психология в психиатрии — Артур Кронфельд . . . . .	25
КЛИНИЧЕСКИЕ РАЗБОРЫ	
Как “простой” диагноз может подтвердить решение исторического спора . . . . .	34
Случай шизофрении Гретера — А. Г. Комиссаров, Д. А. Шишкин (Набережные Челны) . . . . .	42
НАРКОЛОГИЯ	
Терапевтический каннабис: Время снять запрет! . . . . .	47
Зачем нужен “терапевтический каннабис”? — А. Г. Гофман . . . . .	48
ПСИХИАТРИЯ И ПРАВО	
Интересы больного в контексте наследственного права — Ю. Н. Аргунова . . . . .	50
ИЗ ДОСЬЕ ЭКСПЕРТА	
Заключение на экспертизу полковника Буданова — Стюарт Тернер (Кембридж, Великобритания) . . . . .	53
Место вызванных травмой психических расстройств в уголовном суде — Стюарт Б. Клейман (Нью-Йорк, США) . . . . .	58
Посттравматическое стрессовое расстройство. Диагностические критерии из DSM-IV . . . . .	60
СТРАНИЦА ПРОЗЕКТОРА	
Мода в медицине — А. И. Ойфа . . . . .	62
ДОКУМЕНТЫ ВРЕМЕНИ	
Закон “Об альтернативной гражданской службе” . . . . .	65
Открытое письмо НПА России Генеральной Ассамблее XII Конгресса ВПА . . . . .	66
ХРОНИКА	
Новая секция Экспертного совета Уполномоченного по правам человека РФ . . . . .	68
Письмо Омбудсмана РФ Председателю Правительства РФ . . . . .	69
XII Всемирный конгресс по психиатрии в Йокогаме . . . . .	70
РЕЦЕНЗИИ И ОТКЛИКИ	
Апология Ганнушкина — М. Е. Бурно . . . . .	73
Юбилейная мифология — Ю. С. Савенко . . . . .	79
ПСИХОПАТОЛОГИЯ И ТВОРЧЕСТВО	
Охотничек (рассказ) — А. Ю. Магалиф . . . . .	80
Одноразовый мужчина . . . . .	80
Женщина XXI века — Е. В. Игнатенко (Петрозаводск) . . . . .	81
РЕКОМЕНДАЦИИ . . . . .	82
АННОТАЦИИ И ПЕРЕВОДЫ . . . . .	83



# CONTENTS

PAVEL IVANOVITCH JACOBYI (1842 – 1913) . . . . .	5
INTERACTION OF ETHICAL, LEGAL AND ADMINISTRATIVE REGULATION OF PSYCHIATRIC CARE	
Ethical problems of contemporary Russian psychiatry — V. N. Krasnov . . . . .	12
Urgent problems of ethical regulation of professional society — Yu. I. Polischuk . . . . .	18
Psychiatry and human rights in Russia: modern tendencies (1999 – 2002) — Yu. S. Savenko, L. N. Vinogradova . . . . .	22
URGENT PROBLEMS OF PSYCHIATRY	
Psychology in psychiatry — Artur Kronfeld . . . . .	25
DISCUSSION OF A CLINICAL CASE	
A simple diagnosis can confirm solving the historical discussion . . . . .	34
A case of the Graeter schizophrenia — A. G. Komissarov, D. A. Shishkin (Naberezhnye Chelny) . . . . .	42
NARCOLOGY	
The therapeutic cannabis: It's time to remove the ban! . . . . .	47
What “therapeutic cannabis” is necessary for? — A. G. Gofman . . . . .	48
PSYCHIATRY AND LAW	
Patient's interests in the context of the law of inheritance — Yu. N. Argunova . . . . .	50
FROM AN EXPERT'S DOSSIER	
Review of the expert examination of Colonel Budanov — Steuart Turner (Cambridge, Great Britain) . . . . .	53
Position in criminal court of mental disorders induced by trauma — Steuart Kleinman (New-York, USA) . . . . .	58
Posttraumatic stress disorder. Diagnostic criteria according to DSM-IV . . . . .	60
PROSECTOR-PSYCHIATRIST'S PAGE	
Fashion in medicine — A. I. Oifa . . . . .	62
DOCUMENTS OF EPOCH	
Law “On the Alternative Civil Service” . . . . .	65
Open letter of the IPA of Russia to the World Psychiatric Association's General Assembly . . . . .	66
CHRONICLE	
New Section in the RF Ombudsman's Expert Council . . . . .	68
The RF Ombudsman's letter to the Prime Minister of the RF . . . . .	69
XII World Congress of Psychiatry in Yokohama . . . . .	70
REVIEWS AND COMMENTS	
The apologia of Gannushkin — M. E. Burno . . . . .	73
Jubilee mythology — Yu. S. Savenko . . . . .	79
PSYCHOPATHOLOGY AND CREATIVENESS	
So called hunter (story) — A. Yu. Magalif . . . . .	80
Sperm donor . . . . .	80
The woman of XXI century — E. V. Ignatenko (Petrozavodsk) . . . . .	81
RECOMENDATIONS . . . . .	82
TRANSLATIONS . . . . .	83





# Основы административной психіатріи.

Мотивировка къ ходатайствамъ Орловскаго, Пензенскаго, Калужскаго, Воронежскаго и др. земствъ объ организаціи психіатрическаго дѣла въ Россіи и о законодательствѣ объ умалишенныхъ.

Лучше два часа власти, чѣмъ двадцать лѣтъ писательства.  
*Эмиль де Жирарденъ.*

Составилъ

П. Якобій,

директоръ Орловской Земской Психіатрической Больницы Св. Духа, д-ръ медицины Парижскаго и Бернскаго факультетовъ, членъ Психіатрическихъ и Антропологическихъ Обществъ, иностранныхъ и русскихъ; ч. в. Мадридской и Королевской Академіи; удост. медалей и академическихъ отличій: Парижскаго Медицинскаго Факультета, Мадридской Академіи, Гигіенической Секціи выс. 1885, и т. д.

\*

СКЛАДЪ ИЗДАНІЯ:

Психіатрическая больница.

ОРЕЛЬ.



ОРЕЛЬ.

Типографія Губернскаго Правленія.

1900.



## Гордость российской психиатрии

В ряду отцов-основателей отечественной психиатрии Василия Федоровича Саблера (1797 – 1877), Ивана Михайловича Балинского (1827 – 1902), Сергея Сергеевича Корсакова (1854 – 1900) и Владимира Михайловича Бехтерева (1857 – 1927) есть еще имя с полным правом достойное такого наименования. Это — Павел Иванович Якобий (1842 – 1913) — фактический основоположник российской социальной психиатрии, вершинным достижением которой по-прежнему остается его грандиозный труд “Основы административной психиатрии”, изданный в 1900 году в г. Орле (688 стр.).

Пора, по крайней мере сейчас, к 160-летию рождения этого замечательного человека, патриота в высоком и подлинном смысле этого слова, и к 100-летию его поразительного труда произнести эти слова, что значит попросту воздать должное.

Как многие, кто имел смелость и сумел обогнать свою эпоху, Павел Иванович Якобий обрек себя на драматическую судьбу. Более того, такая судьба постигла и его имя, и его гениальную книгу. Надеюсь поместить в этом выпуске его портрет, я запрашивал главных врачей психиатрических больниц Орла, Казани, Харькова, Москвы, Мещерского. Но тщетно. Харьковский коллега, которого я просил написать о Якобии в этот выпуск журнала, отказался, ссылаясь на его конфликт с младшим персоналом Харьковской психиатрической больницы в революцию 1905 года. Тем более поучительным примером является классическая монография “Очерки истории отечественной психиатрии” (Москва, 1951), автор которой, Тихон Иванович Юдин, в более тяжелое время первым воздал должное вкладу П. И. Якобия, будучи свидетелем самого драматического момента его жизни в 1905 г. Другим исключением стали статьи д-ра И. И. Щиголева к 150-летию Якобия в 1993 г. Но ни в одном отечественном руководстве по психиатрии, ни для студентов, ни для врачей, за прошедшие полстолетия не появилось упоминания этого имени. Нет ни слова о нем и в главе “Организация психиатрической помощи” проф. В. С. Ястребова в “Руководстве по психиатрии” под редакцией проф. А. С. Тиганова (Москва, 1999), хотя в библиографии ссылка на монографию Якобия (правда, с грубой ошибкой) имеется. Ну а официальный руководитель нашей социальной психиатрии акад. Т. Б. Дмитриева, подытоживая в 2001 г., кто “среди врачей и ученых внес наибольший вклад в становление в России научной психиатрии и в ее существенную по сравнению с предыдущим периодом гуманизацию”, не называет Якобия (“Альянс права и милосердия”, М., 2001, с. 52), хотя это сделал I съезд Русского Союза психиатров и невропатологов в 1911 г., а в 2002 г. в юбилейной речи хотя и называет уже первым, но искажает фамилию (РПЖ, 2002, 3, стр. 4), хотя создание Центрального Полицейского Приемного покоя в Москве, превращенного советской властью в Институт судебной психиатрии им. Сербского, обязано предложению Якобия. Что же это за время, в которое мы живем, если историю

своего предмета, даже в ее фундаментальных вехах не просто не знают, а хуже того, — знают в грубо искаженном, хрестоматийно-мифологизированном виде советской эпохи. Либо еще хуже: игнорируют, как неудобную страницу, не вписывающуюся в отлаженный стереотип. Какие уроки можно черпать из такой “истории”?

Мы приведем здесь некоторые данные о Якобии из монографии Т. И. Юдина, которая наиболее внятно передает масштаб вклада Якобия в отечественную психиатрию.

“П. И. Якобий происходил из высокообразованной дворянской семьи Казанской губернии. Родился он в 1842 г. Его старший брат Аркадий Иванович (родился в 1827 г.), будучи председателем Орловской палаты Уголовного суда, в 1854 г. по поручению министра юстиции представил соображения о необходимых судебных реформах, причем предлагал: а) устранение уголовного преследования по делам о расколе; б) отмену крепостного права; в) учреждение гласного суда. В 1860 г. он уехал за границу и, кончив в Вюрцбурге медицинский факультет, с 1865 г. состоял профессором судебной медицины Казанского университета, откуда ушел в 1871 г. в связи с делом проф. Лесгафта. С 1872 г. он был профессором гигиены Харьковского, а с 1895 г. — Казанского университета. Второй брат П. И. Якобия — известный художник.

Павел Иванович окончил Михайловское артиллерийское училище. Будучи офицером гвардейского полка, в 1863 г. принимал участие в польском восстании в рядах польских комбатантов. Тяжело раненный, он был полумертвым подобран на поле сражения и переброшен за границу. Здесь он изучает медицину, а у Гризингера в Цюрихе — психиатрию, одно время был врачом психиатрической больницы в Dole во Франции, затем практикует в Париже и Ницце, участвует в качестве врача в войне с Пруссией в 1871 г. Его работа “Etudes sur la selection” премирована Мадридской академией, а “Etudes sur la statistique mentale en France” премирована Парижской академией. В Париже в 1887 г. П. И. Якобий занимался у Шарко и сблизился с представителями французской неврологии и психиатрии.

Кипучий темперамент, блестящие литературные дарования, политический радикализм, за который он едва не поплатился жизнью, открыли П. И. Якобию доступ в круги русской политической эмиграции 60-х годов.

В 1869 г. он принимает участие в итальянской освободительной войне под предводительством Гарибальди.

В 1889 г. он, потеряв единственного сына и приписывая эту потерю отрыву от родной почвы, возвратился в Россию” (с. 196).

В России Якобий развил бурную деятельность в области организации психиатрической помощи. Сразу по возвращении из эмиграции, он в декабре 1890 г. был приглашен для устройства Мещерской психиатрической больницы под Москвой (ныне областная психиатрическая больница им. Яковенко) и полностью изменил первоначальный план ее организации. Спустя год, в де-



кабре 1991 г. он доложил свой “Проект организации попечения о душевнобольных Московской губернии” (Москва, 1981), адресованный Санитарному совету Губернского земства, в Московском обществе невропатологов и психиатров. Этот доклад вызвал историческую по своему значению и крайне бурную дискуссию. Разработанные Якобием принципы организации психиатрической помощи, на столетие опережавшие время, обоснованные глубоким анализом всего тогдашнего международного опыта и сформулированные в самой решительной форме, привели его к столкновению с лидерами московской школы — С. С. Корсаковым, В. П. Сербским, Н. Н. Баженовым. Однако поддержка главы этой школы и председателя Общества А. Я. Кожевникова обеспечила положительную резолюцию Общества. Земское собрание положило все эти идеи, — от связи психиатрической помощи с участковой медициной до помощи на дому, — в основу программы организации психиатрической службы Московского земства, что само собой окончило спор. Однако из-за личных столкновений с Управой, которая вслед за этим сама пала, Якобий был вынужден перейти в Орел. Вся дальнейшая история постоянно показывала правоту Якобия и Кожевникова. Но хотя в последовавших в 1890-е годы дискуссиях выяснилось, что участковые и санитарные (Ф. Ф. Эрисман) врачи разделяют взгляды Якобия, строительство огромных окружных психиатрических больниц-монстров продолжилось. Якобий утверждал, что:

- 1) больница должна состоять из павильонов, рассчитанных на небольшое число больных;
- 2) в основе деятельности больницы лежит лечение свежезаболевших;
- 3) в случае недостатка места или средств необходимо отстранение всех, не нуждающихся в стационарном лечении;
- 4) необходимо тесное сотрудничество с участковыми врачами;
- 5) в Москве необходимо создать приемное бюро для сортирования больных;
- 6) направлять больных следует после запроса о наличии мест, в случае свежезаболевших — телеграфно;
- 7) необходимо выдавать вспомоществование семьям душевнобольных, не подлежащих стационарному;
- 8) перепись душевнобольных в губерниях необходима, но не для определения размеров больницы, а для определения количества и места расположения небольших больниц на 60 – 200 коек.

В Орле, в принципиально других по сравнению с промышленной Московской губернией условиях, и не на пустом месте, а со сложившимся укладом нежеланного придатка соматической больницы, Якобий сумел, изумляя коллег, преобразить запущенное учреждение, не имевшее ванн, с большим числом хроников, в частности неопытными больными, заключенными в смиренные снаряды, в коридорах которого даже в яркий солнечный день и при горящих лампах было темно, превращенное полицией в переполненный отстойник для пьяниц и скандалистов, в настоящую больницу. Он ликвидировал в концах коридора зловонные отхожие места и поставил огромные венецианские окна, устранил все

меры стеснения и изоляции, ввел полную систему открытых дверей, постельного режима, и — впервые — женского ухода (надзирательницы — женщины в мужских отделениях). Переведя кухню в распоряжение врачей, Якобий обеспечил прекраснейшее питание больным и служащим, организовал трудотерапию, на некоторое время добился от губернатора, чтобы не полиция, а врачи определяли кого помещать в больницу, и, наконец, построил за городом больницу-колонию Кишкинка. Это позволило разделить больницу, колонию и богадельню, то есть, хроников и свежезаболевших. Для привлечения последних Якобий предлагал лечить больных, доставляемых в первые четыре месяца заболевания, бесплатно, а хроников — за плату. Им была организована школа для обучения персонала и составлена инструкция для санитаров. “Клоака, в которой гнили душевнобольные, обратилась в более человеческое жилище”, но на Якобия “обрушилась лавина всевозможных обвинений, до политической неблагонадежности включительно”.

В 1889 – 1903 гг. Якобий принял участие (как губернский гласный) в дискуссиях по организации психиатрической службы Воронежского земства, а в 1903 г. перешел в Харьков, куда был приглашен главным врачом еще в 1901 г. в связи с критическим положением с организацией центральной психиатрической больницы. В обсуждении этого вопроса с 1896 г. приняли участие Корсаков, Яковенко, Кащенко, Анфимов, Краинский, Баженов. Последний настаивал на непригодности предоставленной для этой цели Сабуровой дачи ни для лечения, ни для призрения психически больных. Якобий сумел организовать лечебный процесс без перестройки зданий, за счет улучшения ухода за больными и режима нестеснения. Им были ликвидированы изоляторы (с них были сняты двери). Но в период революционных событий 1905 г. он, считая все, что мешало правильному лечению больных, нарушением дисциплины, и, как говорили в советскую эпоху, “не поняв глубокого смысла событий 1905 г.”, вошел в конфликт с санитарями и другими младшими служащими больницы, во главе со знаменитым большевиком, водопроводчиком больницы, Артемом, которые вывезли его на тачке и избили. В больнице было введено коллегиальное управление. После этого конфликта он некоторое время пытался работать ординатором в Воронежской больнице, а затем главным врачом в Курской и Могилевской больницах, но не мог больше найти поля для активной работы.

“В 1912 г. Якобий намеревался ехать в Конго для изучения тамошнего населения, так как кроме психиатрии он много занимался антропологией и этнографией, а его книга “Вятчи Орловской губернии” была издана Петербургским географическим обществом. Во время подготовки к этой поездке он заболел гриппозной пневмонией и 11 марта 1913 г. умер в Петербурге на 71-м году жизни”.

Помимо фундаментальных работ по организации психиатрической помощи, а также социальной гигиене, эпидемиологии, генетике и этнографии, тематический круг научных публикаций Якобия охватывал судебную экспертизу, религиозные психические эпидемии, оцен-



ку умственной деятельности, клинику, терапию и патографию.

Но вернемся к “Основам административной психиатрии”. В книге 688 страниц плотного содержательного текста, поражающего даже современного читателя всесторонней и основательной информированностью о положении психиатрического дела не только в России, но буквально во всем мире. За этим не только около полутора тысяч источников на русском и четырех европейских языках, но и личные впечатления от посещений центральных и многих провинциальных западноевропейских психиатрических больниц. Непринужденное владение этим огромным материалом, его творческая аналитическая продуманность, сравнительный анализ, учет местных условий, печать практической деловой хватки, свободный независимый критический взгляд на устоявшиеся истины и властные инстанции, гуманный дух и высокое понимание права как квазибожественной институции, делают эту книгу не просто классическим трудом, а пионерским и поворотным в истории отечественной психиатрии. В книге много оригинальных творческих идей и подходов, новых выявленных закономерностей в области социальной психиатрии и социологии психиатрии. Рисуемая Якобием широкая панорама, устраняя всевозможные умолчания и искажения, стирая румяна, позволяет взглянуть на историю становления психиатрической службы в России с трезвым реализмом.

Книга была издана на личные средства автора в качестве “мотивировки к ходатайствам Орловского, Пензенского, Калужского, Воронежского и других земств об организации психиатрического дела в России и о законодательстве об умалишенных”, а позднее была представлена 15 губернским земствам. Она с тех пор не переиздавалась. Орловской больнице — детищу П. И. Якобия — не было присвоено его имя даже к 100-летию больницы. Не только молодое поколение, но и многие главные врачи не слышали о Якобии.

Приведем оглавление этого труда и несколько извлечений из предисловия и текста.

*Глава I. Психика психиатрического вопроса. 1. Психиатрическое дело, земство и врачи.*

*Глава II. Психика психиатрического вопроса. 2. Психиатрическое дело и крестьяне.*

*Глава III. Психика психиатрического вопроса. 3. Психиатрическое дело и законодательство.*

*Глава IV. Относительное число мужчин и женщин в психиатрических больницах. Данные по статистике иностранных больниц до начала 1880-х годов включительно.*

*Глава V. Относительное число мужчин и женщин в психиатрических больницах. Данные по статистике иностранных больниц после 1885 г. Данные по статистике России.*

*Глава VI. Относительное число мужчин и женщин в психиатрических больницах. Данные по вопросу о целесообразности распределения мест между полами.*

*Глава VII. Форма психиатрической больницы.*

*Глава VIII. Организация психиатрической помощи населению.*

*Глава IX. Административная психиатрия в России; психика и формы.*

*Глава X. Административная психиатрия и русское законодательство.*

*Предлагаемая книга не есть выражение теоретических идей, она есть результат жизненной практики; она сложилась постепенно, по мере того, как перед пишущим раскрывалась мрачная картина русской психиатрии... Проведя большую часть своей жизни за границей, он близко ознакомился с постановкой психиатрического дела почти по всей Европе. В России он провел десять лет за упорным трудом и ознакомлением с русскими условиями и жизненными факторами; не присмотревшись, не привыкнув к ним с молодости, он, может быть, лучше видит их — или строже судит? — нежели многие его товарищи по профессии, сжившиеся с ними. Не это ли объясняет разногласие его с целой группой русских психиатров? Пишущий очень сожалеет об этом разногласии, но психиатрическая действительность привела его к убеждению, что отношение и государства, и значительной части общества, и психиатров этой группы к задачам и целям психиатрии совершенно ошибочно. Чаша страдания больных и горя семей переполнилась, и все стоящие близко к психиатрическому делу обязаны указать государству и обществу действительное его положение; государство и общество должны узнать, что сотни тысяч семейств терпят от физической нужды, и еще более от нравственного горя, вследствие недостаточности, и еще более вследствие нецелесообразности организации психиатрической помощи населению. Сказать это громко, и употребить все силы, чтобы оказать эту помощь... Все усилия земств — в не-земских губерниях ничего не делается — разбиваются об установившуюся вопреки закону судебную и административную рутину; затраты земства на психиатрическое дело оказываются малопродуктивными частью вследствие неудовлетворительности русского законодательства, частью вследствие постоянного и как бы нормального нарушения, как только дело идет о душевнобольных, не только положительного закона, но и десяти заповедей, и, наконец, вследствие полного отсутствия всякой гарантии как умалишенных в их личных и имущественных правах, так и психиатрических больниц в их правильном и целесообразном функционировании. Вследствие этого пишущий представил Орловскому земству несколько меморандумов относительно необходимости ходатайствовать перед правительством об участии государства в попечении о душевнобольных, о возвращении к закону в деле судебно-психиатрической экспертизы, и, наконец, о специальном законодательстве относительно умалишенных...*

П. И. Якобий посвящает свою книгу императору Петру Первому, как автору законов 1722 и 1723 гг., и подробно показывает, как деградировал дух этих законов с 1815 г., когда “к идеям, к речи, слогу XVIII века начинает прилетаться аракчеевщина, государственные и нравственные идеи и речь военного писаря. От этой аракчеевщины не спасает даже властное — и нравственно высокое — слово императора Николая Павловича



ча” (с. 120). Буржуазная революция 1830 года в Западной Европе приводит к власти класс, устанавливающий плутократическое управление. В России оплотом этих процессов стала Москва, что повлекло в психиатрии в качестве основной задачи “не благо больных, а удобство здоровых, не облегчение болезни страдающих, а материальную защиту общества от убытков, могущих произойти от них” (с. 122). На I-ом съезде русских психиатров (1887) говорилось: “Душевнобольные совершают различные преступления и служат источником для различных общественных бедствий: ими разоряются целые семейства, делаются систематические кражи, грабежи, пожары, убийства” (проф. Пастернацкий). “Кто возьмется исчислить вред, причиняемый обществу членами этой беспардонной армии, и не будет ли во 100 раз дешевле содержать их в доме умалишенных” (д-р Гиришон). “Защита общества от душевнобольных и есть обязанность психиатра”. “Держать душевнобольного значит вечно жить под риском пожара и смертоубийства, если законодательство бездействует, то мы, психиатры, его мажордомы, и на нас лежит обязанность охранять интересы населения” (проф. Баженов на дискуссии 1891 г.). “Профильтровать общество от этого вредного сора — душевнобольных — вот что стало задачей научной психиатрии — режим установился такой, чтобы вполне обезопасить общество от вредного влияния душевнобольных. Гарантировать общество осталось первой задачей врача-психиатра” (д-р Трутовский, 1897 г.) (с. 35).

Какие-нибудь 40 – 50 лет тому назад душевнобольные свободно бродили, им давали приют, держали в тепле, кормили пока им жилось, а затем отпускали, когда они хотели уходить, и никто никаких бедствий от них не ждал, никто их не опасался. За последние 20 лет это отношение стало постепенно изменяться... Стремление поместить в больницу всех душевнобольных округа должно быть отмечено в большей степени у состоятельных частных лиц, особенно у живущих в деревне...

Вот тезисы, конденсирующие сущность первых трех глав книги Якобия:

1. Душевнобольные суть больные.
2. Психиатрические больницы суть больницы.
3. Врачи-психиатры суть врачи, и ошибочно смешивать их со смотрителями мест заключения.
4. Больных в больницу должно “класть”, а не “сажать”.
5. Нет основания обращаться с больными более жестоко, чем со здоровыми.
6. Больница имеет задачей благо больных, а не удобство здоровых.
7. Душевнобольные суть страждущие люди, а не “сор”.
8. Удаление “сора” есть обязанность и задача не врача-психиатра, а лица совсем другой профессии.
9. Неблагоразумно делать дело, за которое другой получает жалование.
10. Держать в “доме умалишенных” здорового человека два года столь же неправильно, как и “засадить” его туда на два часа (с. 148).

Всякое большое дело, всякая общественная организация, чтобы жить, развиваться и давать плоды, должны иметь свои корни в народной почве, быть органически связаны со страной и эпохой, соответствовать специфическим условиям и задачам жизни данного края. Необходимо учиться у Европы, которая уже много пережила и потому имеет громадный опыт, но жить и действовать надо при русских условиях, имея объективом русские задачи (с. 366).

Если психиатрическая больница не есть место помощи и лечения больных, а склад неудобных лиц, от которых желательно избавиться семьей или населением, — потому ли, что действительно неудобны, или потому, что их не хотят кормить дома и тратиться на них, — то совершенно понятно, что число мужчин в ней будет преобладать, а женщины будут попадать в нее в гораздо меньшем числе. Но почему женщины, уже раз попавшие, выздоравливают в меньшем числе сравнительно с мужчинами, хотя, как мы видим, они вообще дают больший % выздоровлений? Далее, почему % женских выздоровлений увеличивается и сам по себе, то есть абсолютно, и сравнительно с % мужскими, по мере большего поступления женщин, и уменьшается по мере уменьшения их поступлений? Ответ на это очень прост. Если больница есть не врачебный институт, а место заключения, то женщин туда помещают меньше, и их помещают позже, когда они становятся или очень уже неудобны, или когда надоест их содержать, — во всяком случае когда значительное их число уже перешло в неизлечимое состояние... В хорошо организованных и хорошо поставленных — административно и нравственно — психиатрических больницах процент больных женщин больше процента больных мужчин, а процент выздоравливающих женщин больше процента выздоравливающих мужчин, и возрастает быстрее. (с. 343 – 344).

Якобий убедительно обосновывает статистическими выкладками, что “взаимное соотношение полов в психиатрической больнице должно быть не 60% мужчин и 40% женщин, как принимается при расчете организации всех русских психиатрических больниц, а близкое к равенству с небольшим преобладанием женщин, именно от 50 до 55% женщин и от 45 до 50% мужчин” (с. 316) и что этот показатель является надежным критерием постановки психиатрической помощи. В этом отношении Голландия, Германия и Шотландия решительно отличаются от Бельгии, Франции, Ирландии и России. Между тем, российские психиатры, даже слышущие знаменитыми, не знают этой разницы, и идеализируют Западную Европу в целом (с. 216 – 218). Плутократическое управление быстро привело такую передовую страну как Франция к позорному отношению к психически больным. Этому противостоят “Маньян своим преподаванием в S-te Anne, лучшей психиатрической кафедре Парижа, Тулуз своим журналом *Revue de Psychiatrie* и др., но Маньян даже не профессор факультета... Можно не сомневаться, что победа останется за ними” (с. 216).

Якобий подробно со статистическими данными показывает прискорбное положение психически больных в Бельгии, в частности, как за пять лет (1887 – 1892)



“число душевнобольных увеличилось на 17,5%, а число дней и ночей насилий над ними возросло почти на 63%”. “Помимо основной неправильности общего понимания дела есть еще одно, частное конечно, но довольно обычное препятствие. Бельгия имела в психиатрии великого человека — Гислена (Guislain)... В Бельгии он получил апофеозу и сделался полубогом. Древние думали, что появление бога убивает посещенную им страну, — так рождение Вакха убило Фригию, так рождение Адониса убило Сирию... Культ Гислена затормозил психиатрию в Бельгии... “Он хочет идти дальше Гислена!!!” “Полтора часа езды по железной дороге отделяют бельгийский Антверпен от голландского Дордрехта; граница, разделяющая Голландский Северный Брабант от Бельгийского Брабанта и Фландрии, не сказывается ни на стране, ни на жителях; это тот же мужской фламандский тип, коренастый, большеголовый, широколицый и широкоплечий, наклонный к преждевременному ожирению, те же рубенсовские женщины, та же фламандская речь, невнятная, без акцента, тот же язык, та же архитектура зданий, тот же образ жизни, домашней и городской. Фламандский тип преследует путешественника в Роттердаме, в Гааге, в Лейдене, и пропадает только к Гарлему, уступая место другому этническому типу. Та же идентичность сказывается, конечно, и в патологии, и именно в психопатологии: алкоголизм с автоматизмом, сравнительно редкая *dementia acuta*, столь частая в чисто германской расе, преобладание угнетенных форм и т.д.; Гентское, Брюггское, Антверпенское заведения имеют совершенно тот же тип, как и Дордрехтское и Роттердамское... Так же ли идентична и жизнь и деятельность их? Мы видели, что в Бельгии акты насилия над больными считаются сотнями тысяч дней и ночей”. Якобий показывает, что психиатрическое дело в Голландии составляет с Бельгией разительный контраст в значительной мере за счет нового специального закона о душевнобольных 1884 г., представляющего измененный и дополненный закон 1841 г., который повторял французский закон 1838 г. Сущность и задача закона 1884 г. состоит в следующем:

- 1) больший контроль над институциями и личностями, на попечении которых находятся душевнобольные;
- 2) большее и более правильное попечение о душевнобольных, предписание постройки новых больниц по мере надобности;
- 3) усиление законных гарантий хорошего лечения и ухода за душевнобольными в психиатрических больницах;
- 4) изменены против прежнего законодательства условия помещения и выписка душевнобольных из соответствующих больниц, чтобы с одной стороны, облегчив прием, не терять драгоценного времени для излечения, а с другой — гарантировать личную свободу;
- 5) опека над каждым душевнобольным, проведенным три года в больнице, не обязательна более, как это было по прежнему закону, и заменена факультативной опекой, назначаемой по желанию заинтересованных лиц или по требованию судебной власти.

... Закон ни одним словом не ставит попечение о душевнобольных на полицейскую почву, и не защищает об-

щество от больного... Чтобы не придавать психиатрическим больницам полицейского характера, и поставить их в народном сознании как врачебный институт, а не как институт общественной безопасности, и с другой стороны так как забота об общественной безопасности есть дело государства, и никак не может быть в одной своей части возложено на частных людей или муниципалитеты и провинциальные представительства, закон возложил на государство заботу о душевнобольных, вошедших в конфликт с законом... Ни в министерстве внутренних дел, ни в министерстве юстиции, ни у врачей-психиатров Голландии пишущий совсем не слышал о необходимости защищать общество от душевнобольных, как это он слышал во Франции, Бельгии и в России. Пишущий спрашивал врачей при психиатрических больницах, не боятся ли они, что душевнобольной “бросится с ножом на жену, на детей, что он опасен”, как это мы слышали от некоторых русских психиатров, но вопрос этот возбудил только общую веселость. И странное дело! Уголовная статистика не показывает большей преступности в Голландии, чем в России — она показывает даже значительно меньшую преступность в ней — и, на сколько можно было судить, Голландия не произвела на пишущего впечатление страны, отданной во власть “беспардонной армии зла” и “систематическим вора и убийцам”... До 1841 г. Голландия не имела никакого специального законодательства относительно умалишенных... Положение умалишенных в это время было ужасно, почти также ужасно как в настоящее время в России. Закон 1841 г. не затронул внутренней жизни заведений, но и этот неполный очень несовершенный закон был благодеянием и для психиатрии, и для страны... Изменения и улучшения шли медленно, несравненно медленнее чем шло повышение уровня требований и понимания в стране; таким образом, в психиатрическом понимании страна, публика, провинциальное представительство опередили многих психиатров, факт вообще не беспримерный в истории психиатрии, — мы имели случай познакомиться с ним и в России... Это движение повело к полемике, неприглядное положение психиатрического дела выступило перед публикой во всей его наготу, разоблачения шли одно за другим, и наконец вызвали реакцию против этого положения, реакцию, которая привела к закону 1884 г.” (с. 237 – 240).

Нет ни малейшего сомнения, что русские психиатры создали прекрасные больницы, которыми Россия справедливо может гордиться, — Колмово, Бурашево, Саратов, Симферополь, Полтава, — при условиях, при которых не приходилось действовать ни одному из западно-европейских коллег; что бюджет наш нищенский сравнительно с бюджетами европейскими; что только благодаря беззаветной преданности некоторых русских психиатров своему делу, в наших хорошо поставленных больницах по *restraint* не менее совершенен, чем в лучших больницах европейского континента, — и это при неизмеримо худших материальных условиях, при которых в Европе по *restraint* считался прежде невозможным.



Но хотя врачи-психиатры сделали так много, как техники своего дела, тем не менее совершенно неверно утверждать, чтобы они вызвали его к жизни, чтобы их пропаганда создала то гуманитарное движение в земствах, которое привело к сознанию необходимости дать человеческие условия жизни несчастнейшим из больных, и ближайшее знакомство с фактами истории русской психиатрии несомненно убеждает в неверности легенды... Если д-р Шпаковский побудил Новгородское земство создать Колмово, д-р Штейнберг в Саратовском создал колонию, д-р Хардин побудил Самарское создать Томашев Колк, то это редкие исключительные факты. Инициатива создания Тверской колонии принадлежит всецело самому земству... Имение Бурашово было куплено земством в 1880 г., и только в 1881 г. был приглашен д-р Литвинов. В Рязани не только имение Галенчино было уже приобретено земством для психиатрической больницы, но и больничные здания уже строились, когда д-р Баженов был приглашен заведовать возникавшей колонией. То же было в земствах: Тамбовском, Полтавском, Херсонском, Таврическом, Смоленском, Нижегородском, Симбирском, Уфимском и т.д. Пишущий был приглашен директором Московской, позже Орловской психиатрических больниц, но именно потому, что и Московское и Орловское земства решили уже раньше создать психиатрические больницы... В преобладающем большинстве случаев земство самостоятельно, под влиянием разоблачений того, что совершается в его "психиатрическом отделении", приходит к решению произвести психиатрическую реформу... (с. 44 – 46).

Организация попечения о душевнобольных есть, может быть, высшее выражение нравственности, гуманности, и умственности государства и народа, точный указатель умственного и нравственного их уровня, и в то же время и зеркало, в котором отражаются идеи, чувства, достоинства и недостатки эпохи и страны (с. 181).

Мы выбрали последнее извлечение не с тем, чтобы принизить собственную профессию, но для демонстрации неосновательности профессионального снобизма и необходимости быть открытыми общественности и тес-

но с ней сотрудничать. Якобий убедительно показывает, что без этого психиатрическая помощь развивается крайне медленно.

Читая "Основы административной психиатрии", мы обнаруживаем ясный четкий дальнзоркий взгляд с трезвым учетом реальных возможностей, горячую заинтересованность автора, для которого общественное стало личным, редкую основательность аргументации, способность открывать глубокий смысл в лежащих на поверхности вещах. Мы обнаруживаем глубоко родственный нам пафос и установку, родственность круга идей и программы, словом, своего выдающегося предшественника. По-прежнему актуальны его протест и его борьба с тем явлением, которое он точно и честно назвал полицейской психиатрией, т.е. стремлением охранить общество от психически больных, как якобы опасных, в качестве предназначения психиатров. Каждый общественный институт должен выполнять свое собственное предназначение, взаимодействуя, но не подменяя функций друг друга. Исторический спор Павла Якобия с лидерами московской школы — это первое столкновение демократических принципов с традиционным патернализмом, то есть, традиционной для медицины и высоко гуманной отеческой заботой о больных. Но патернализм в разные эпохи неизбежно изменялся. По мере обуржуазивания, изменения социально-экономических и политических условий, роста отчуждения, то есть, формализации и коммерциализации отношений врач — больной, он утрачивал и свою гуманную сущность. Новые демократические принципы компенсировали эту возникавшую диссоциацию требованием партнерских отношений с больным, уважения к его личности и праву выбора. Таким образом, дискуссия 1891 г. — это столкновение воззрений разных эпох. Якобий, обогащенный глубоким реальным знанием западной действительности, условий промышленного века, привнес на отечественную почву не только идеи, которым неизбежно принадлежало будущее, но их деятельное воплощение в действительность. Многие оппоненты Якобия восприняли вскоре его идеи и начинания как свои. Пора назвать имя их подлинного автора и знать его.

Р. С. Мы рады сообщить читателям, что, наконец, вышла монография о жизни и деятельности П. И. Якобия, написанная главным врачом Брянской областной психиатрической больницы № 4 (г. Мглин): **Игорь Иванович ЩигOLEV: Отечественный психиатр П. И. Якобий. Часть 1.** — Брянск, 2001. В 19 зарубежных архивах автору удалось вскрыть целый пласт общественной деятельности Якобия, выяснить множество новых удивительных подробностей, о которых он увлекательно рассказывает. Оказывается, П. И. Якобий — представитель талантливого рода, ведущего начало от личного лекаря Ивана Грозного, присланного ему королевой Елизаветой — Роберта Якобия. 18-летний Павел Якобий успешной учебной работой в Гейдельбергском университете обратил на себя внимание Пирогова, который рекомендовал его министру народного образования. В начале своей деятельности он — известный революционер-шестидесятник, член знаменитого "Кружка артиллеристов-чернышевцев", собиравшегося на квартире Лаврова. Членом этого кружка был и Кропоткин. В 1863 г. Якобий дискутировал с Герценом и Бакуниным, стал членом "Земли и воли", дружил с А. Серно-Соловьевичем. Маркс несколько раз отмечает его работу "О положении рабочих в Западной Европе с общественно-гигиенической точки зрения" (1870), а также резкую критику в адрес Генерального Совета I Интернационала за бездеятельность во время франко-прусской войны и подавления Парижской Коммуны. Якобий был другом братьев А. О. и В. О. Ковалевских, а Софья Ковалевская помогала ему с математическим анализом собранных материалов. Якобий переписывался со многими учеными и общественными деятелями. В Россию он вернулся с разрешения Александра III первоначально под гласный надзор полиции.

Ю. С. Савенко



# ВЗАИМОДЕЙСТВИЕ ЭТИЧЕСКОГО, ПРАВОВОГО И АДМИНИСТРАТИВНОГО РЕГУЛИРОВАНИЯ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ

## Этические проблемы современной российской психиатрии\*

В. Н. Краснов

Обращение к этическим проблемам психиатрии — естественная потребность, потому что каждый из нас испытывает желание как-то определиться в нынешней ситуации. Психиатрия и психиатрическая помощь, оказываемая вне стен психиатрических учреждений, интенсивно развиваются. Может быть, это не так заметно по материальному воплощению, но концептуально помощь меняется чрезвычайно резко — в наших замыслах, в проектах и новых моделях помощи, которые просто еще не везде нашли воплощение. Изменяется помощь, изменяются задачи психиатров, изменяется круг специалистов. Мы давно уже не мыслим оказание помощи при психических расстройствах, при проблемах психического здоровья только усилиями психиатров, клинических психологов или специалистов по социальной работе. Психиатрическая помощь не мыслится без привлечения в круг деятельности сообществ бывших пациентов, групп самопомощи, сообществ родственников больных, особенно инвалидизированных больных. Но мы должны определиться в наших взаимоотношениях с непрофессиональными помощниками. Мы очень надеемся на развитие деятельности общества “Новая надежда” — Российское общество инвалидов и психически больных, которое имеет несколько филиалов в нескольких регионах. Мы поддерживаем его деятельность, надеясь, в том числе, и на восполнение каких-то наших функций, которые мы не можем осуществить: юридических, функций по социальной поддержке, отстаивание интересов больных в поиске рабочих мест, жилищного обустройства и т.д. силами профессионально подготовленных специалистов, но не в медицинском и тем более психиатрическом смысле, а в юридическом смысле в области менеджмента и т.п. Психиатрия не может решать все эти проблемы. Здесь много этических коллизий, в которых мы должны определить свое отношение и определить свои притязания на осуществление определенных функций, на делегирование функций тем или иным специалистам или даже

непрофессионалам, содействующим оказанию помощи лицам с психическими расстройствами.

Мы говорили здесь о защитниках прав больных. Однако это касается преимущественно пациентов, находящихся в психиатрическом стационаре. Между тем, один из важнейших сдвигов, который происходит в психиатрической помощи в мире, — это сдвиг от стационарных форм в сторону амбулаторных и даже не диспансерных служб, внеучрежденческих служб. У нас в стране он идет с некоторым опозданием, но это все равно перспективный и неизбежный путь развития психиатрической помощи. Речь идет о территориальных сообществах, обусловленных теми или иными культуральными, иногда религиозными и иными связями. Если эти сообщества помогают адаптироваться пациенту, восстановить его социальные роли, его социальные связи, значит мы должны быть готовы принять эту помощь. Другое дело, что как лица, обладающие определенной социальной ответственностью и профессионализмом, мы должны определить, в какой мере эта помощь не навредит пациенту. Мы должны обсуждать те пути, которые предлагаются сообществом, предлагаются специалистами из добрых побуждений. Иногда активисты некоторых организаций предлагают такие формы, которые для нас с этической и профессиональной точки зрения неприемлемы. Но здесь мы должны рассматривать фигуру пациента, как равноправную с другими членами общества. Хотя, конечно, у нас есть желание и естественное стремление — помочь, прежде всего, пациенту, а не его социальному окружению. Иногда мы интересы пациента ставим выше интересов социального окружения. Это одна из этических коллизий, которые правовым порядком не могут быть решены. Иногда нам трудно выбрать путь между правовыми положениями, которые не всегда точны, не всегда безусловны и требуют вдумчивого отношения, и этической стороной дела.

Одним из трудных мест в Законе о психиатрической помощи, как известно, является соотношение между правами пациента и правами социального окружения: У нас в рамках Российского общества

\* Выступление на семинаре “Взаимодействие этического, правового и административного регулирования психиатрической помощи”, 14 – 17 марта 2002 г., Софрино



психиатров были попытки решить некоторые проблемы, связанные с оказанием наркологической помощи. Все понимают, что в некоторых случаях, не оказывая в соответствии с буквой закона, психиатрическую помощь, мы наносим ущерб и достоинству, и правам, и здоровью того ближайшего социального окружения, в котором находится пациент с несомненными болезненными личностными изменениями, грубыми нарушениями поведения, с эпизодами психотического регистра. Наркологическая помощь опирается, прежде всего, на правовые нормы и в значительной степени устраняется от этической функции. Правовые нормы дают возможность избежать грубых вмешательств, избежать недобровольной госпитализации, дают возможность обосновать отсутствие необходимости для недобровольной госпитализации там, где все обстоятельства говорят в пользу того, что временная изоляция больного была бы необходима и для него, и для его социального окружения, дала бы возможность определить меры реабилитации. Конечно, когда я говорю, что мы можем применить законные меры недобровольной госпитализации к пациенту с алкогольной или иного типа зависимостью, с грубым нарушением поведения для того, чтобы попытаться сформировать ремиссию и наметить пути реабилитации, мое положение тоже страдает этическим изъяном. Дело в том, что реабилитационной службы фактически нет, либо она платная и недоступна пациентам. Эти расходы лягут на плечи родственников без каких-либо надежных клинических гарантий выздоровления. В нашей стране система реабилитационной помощи таким лицам не налажена. Здесь требуется иное отношение к этой категории пациентов, чем сложилось у нас. Это большая нерешенная проблема, и в ее обсуждении должны участвовать наркологи. Мы неоднократно пытались в рамках Президиума общества собираться с наркологами, с правоведами-наркологами, однако разговора по существу не получается. Проблема требует определенной отваги, решительности и противодействия той стихийно сложившейся линии в организации наркологической помощи, которая за последние полтора года оформилась в преимущественно коммерциализированную службу. Однако я не думаю, что здесь над всем довлеют коммерческие интересы. Здесь, скорее всего, — нежелание ввязываться в решение трудных вопросов.

Есть другого рода этические проблемы, которые правовым порядком пока не могут быть решены, менее напряженные, но в перспективе не менее сложные. Психиатрия развивается в сторону интеграции с общемедицинскими учреждениями, в сторону интеграции ряда служб в территориальную поликлиническую сеть, первичную медицинскую помощь. Наша работа в ряде территорий, не только в Москве, но и в Туле, Ярославле, Дубне, других регионах с попыткой организации помощи лицам, страдающим легкими депрессиями, в условиях первичной медицинской

сети, свидетельствует о несомненной перспективности и возможности создания условий для больных, возможности мотивирования больных на обращение за помощью и возможности оказания помощи без тех трудностей, с которыми сталкиваемся мы в психиатрических учреждениях, имея дело с тяжелыми, запущенными, осложненными состояниями. При определенных образовательных усилиях в первичной медицинской сети, при всей застойности и отсталости этой службы, можно найти врачей, которые готовы принять на себя новые функции, хотели бы заняться лечебной работой, а не только выпиской справок и больничных листов, как обычно бывает в поликлиниках. Есть определенные ограничения, но они существуют, скорее, в головах врачей и, в первую очередь, главных врачей. Нет запрета на оказание помощи на уровне первичной медицинской службы лицам с преимущественно легкими депрессиями, с соматоформными расстройствами, с тревожными расстройствами. Гуманистически правильно оказать им помощь на уровне первичной медицинской сети, не стигматизируя их, не пытаясь направить в диспансер, который перегружен и страдает нехваткой врачей, другим составом пациентов, который может отпугнуть пациентов с непсихотическими формами расстройств. Но есть опасение, смогут ли врачи общей поликлиники оказывать помощь, сможет ли главный врач организовать такую помощь. Мы задумываемся над тем, можно ли ввести в Закон о психиатрической помощи такое положение. Я обсуждал это со специалистами, и мы пытались сформулировать те положения, которые давали бы возможность делегировать часть полномочий, часть функций врачам общей медицинской службы при определенной подготовке в области диагностики, терапии, оперирования новыми лекарственными средствами с более жестким контролем терапевтического процесса, чем принято. Опыт стран Западной Европы, Северной Америки показывает, что такая помощь вполне может быть оказана врачами общемедицинской сети. Конечно, там есть перегибы и недоучет сложностей, с которыми может столкнуться врач при переходе границы между легкими и умеренно выраженными депрессиями, депрессиями, чреватými тяжелыми осложнениями, усугублением тяжести состояния, депрессиями, которые по мере развития могут оказаться депрессивным эпизодом в рамках биполярного расстройства. Последние не подлежат наблюдению в первичной медицинской сети, поскольку там нет ресурсов длительного наблюдения, контроля и профилактики. Но тем не менее, динамика показателей психического здоровья, показателей уровня суицидов в тех странах, где наряду с целевыми программами охраны психического здоровья расширяются формы оказания помощи лицам с аффективными расстройствами непсихотического регистра в условиях первичной медицинской сети, весьма положительна. Даже в такой стране с высоким суицидальным риском



как Венгрия в последние годы наблюдается снижение уровня суицидов. Это показатель, свидетельствующий об определенном благополучии. Можно говорить также о социальном благополучии стран Северной Европы, где относительно высокий уровень суицидов, например в Финляндии, в последнее время пошел на убыль. Это совпало с рядом мер по организации помощи лицам с непсихотическими расстройствами в условиях первичной медицинской сети. Нигде в законах этих стран не прописаны нормы делегирования полномочий по диагностике и лечению этих состояний в первичной медицинской сети. Также как и мы, врачи опираются на отсутствие запретов на диагностику, на использование антидепрессантов в клинически простых случаях. Просто все это должно быть регламентировано путем издания методических рекомендаций и подготовки руководств, организацией жесткого контроля за состоянием, введения новых обязанностей по фиксации всех диагностических процедур, вовлечением в контроль за состоянием и эффектом терапии и врача, и медсестры.

Другой вопрос — следование принципам партнерства и установление информированного согласия с пациентом. В решение этических проблем на уровне взаимоотношений пациент — врач, иногда вовлекаются клинические психологи, медсестра, порой родственники пациентов. Этические проблемы решаются и во многом снимаются при работе с пациентом в рамках существующих этических норм, предполагающих конфиденциальность помощи, информированное согласие и привитие пациенту ответственности за свое здоровье, за прием препаратов. Ранее мы не рассчитывали на ответственность пациентов, мы полагались только на ответственность врача. Новый взгляд на этическую проблему взаимоотношений врач — пациент поначалу прививался в психиатрических учреждениях. Здесь мы оказались передовыми, потому что общепсихиатрическая служба отстает в освоении новых принципов информированного согласия, конфиденциальности помощи и т.д. Еще тяжелее нормы информированного согласия, взаимодействия с пациентом приживаются в соматической клинике, где врачи иногда даже не осведомлены о том, что такие нормы существуют, и они являются не только этикой взаимоотношений, но и негласным законом. Это этическая проблема, которую мы должны пропагандировать, утверждать, внедрять в общую медицинскую службу, готовя почву для того, чтобы психиатрическая помощь осуществлялась не только нашими руками, нашими усилиями, но и усилиями сотрудничающих с нами специалистов, в том числе и интернистов в рамках общемедицинской сети.

К сожалению, технические, материальные, финансовые трудности не позволяют обеспечить интеграцию стационарных или полустационарных форм помощи в общую медицинскую службу, в соматические стационары, где многие виды помощи могли бы быть

безболезненны для пациентов, без риска стигматизации, огласки, дискредитации пациента. Пациенту могли бы оказать помощь в поликлиниках и некоторых стационарах, где работают инициативные группы по оказанию бригадных форм помощи усилиями разных специалистов: психиатров, интернистов, клинических психологов. Там меньше недоверия к самому предложению обследоваться, пройти собеседование со специалистом-психиатром, там нет необходимости прятать фигуру психиатра за вывеской “психотерапевт”. Там, где начинается такая работа, народная молва в рамках этой территории способствует созданию благоприятной атмосферы и доверия к оказанию психиатрической помощи. Население постепенно лишается тех предубеждений, которыми, к сожалению, страдает.

Этические коллизии в нашей практической деятельности требуют внимательного отношения. Одна из коллизий — соблюдение основных прав пациентов и социального окружения, прежде всего родственников; соблюдение буквы закона в обосновании неотложных мер помощи и непредоставление помощи в тех случаях, когда весь набор признаков в законе не соответствует возможности обосновать неотложную помощь; автономия больного и право врача. В наше время автономия больного считается приоритетной, он сам делает выбор и решает свою судьбу, в отличие от ситуации 20 – 30 лет назад, когда всю ответственность с патерналистских позиций брал на себя врач. Патернализм сам по себе не зло, он тоже исходит из гуманистических соображений. Но мы должны учитывать изменение общих этических стандартов и правовых отношений во всем мире. В демократическом мире автономия приоритетна по отношению к патернализму, по отношению к контролю государства, к вкладу официальных лиц, их возможностям предлагать свои услуги или навязывать свое решение. Однако в этом много этических коллизий, где мы, следуя принципам приоритета автономии, права пациента выбирать для себя то или иное решение социального порядка, по существу уклоняемся от быстрых, решительных и эффективных мер помощи, иногда перестраховываясь, иногда обладая жестким правовым сознанием. Такие коллизии должны решаться на деонтологическом уровне, на уровне знаний и норм, которым должен следовать врач, исходя из блага больного. Если раньше определение блага больного лежало на ответственности врача, то сейчас врач обладает меньшими полномочиями, меньшими правами для того, чтобы определить благо больного. В некоторых случаях нам нужно согласование действий не только с пациентом, но и с юристом, чтобы определить, в какой мере наши действия безупречны с правовой и этической точки зрения.

Новые правовые отношения являются переходными, но уже сейчас составляют контраст с теми правовыми и этическими нормами, с которыми мы работа-



ли и жили еще до середины восьмидесятых годов. Отсутствие внимания к изменившимся соотношениям этики и права, к соотношению патерналистских позиций и уважения автономии личности привело в свое время к вовлечению психиатрии в неправовые действия, в использование психиатрии в политических целях. Эта историческая ситуация была обрисована и получила широкую известность, благодаря отдельным скандальным процессам. Однако я, как специалист-психиатр, работавший в то время, знаю и считаю себя ответственным скорее за иные действия, в которые мы так или иначе были вовлечены. Это так называемые «профилактические» госпитализации. Я не судебный психиатр и не имел отношения ни к каким процессам, но испытываю чувство ответственности за то, что иногда приходилось участвовать в профилактических госпитализациях, в удержании пациентов без должных клинических оснований в больницах, в несоблюдении сроков выписки во время масштабных социальных кампаний: фестивалей, олимпиад и т.д. Это то, что сейчас должно быть неприемлемо. Отдельные, получившие известность на Западе эпизоды нарушения прав личности, только вершина того, что происходило в то время. Недобровольные госпитализации, освидетельствования, которые были связаны с кампаниями, а не с конкретными личностями, мне кажется, не получили должного освещения, должной оценки. Нам надо поразмыслить, в какой мере мы должны осветить этот опыт, потому что здесь пострадавших было значительно больше. Массовыми профилактическими госпитализациями была подорвана репутация многих людей, работающих людей, творческих людей. Почему-то правозащитники меньше останавливаются на этой проблеме.

В связи с этим я хотел бы сказать, что и сегодня есть необходимость критически осмыслить тот правовой регламент, которому мы должны следовать, те правовые нормы, которыми мы должны руководствоваться, согласуя их с нашей деонтологической врачебной позицией, использованием всех возможностей для обеспечения блага больного.

С точки зрения западных публикаций и отчасти у нас, права больных понимаются, прежде всего, как основные права и свободы граждан: свобода совести, свобода слова, право избирать и быть избранным. В то же время естественные права нарушаются и сейчас. Мы неоднократно говорили о том, что рассматриваем как правовую проблему необеспеченность медикаментами, необеспеченность должными условиями пребывания в психиатрических учреждениях, отсутствие в современной психиатрической больнице возможности для ресоциализации пациентов, отсутствие промежуточных учреждений, которые помогают восстановлению социальной роли пациента, восстановлению его связей в социальном окружении, восстановлению на работе и т.д., отсутствие рекреационных помещений для восстановления психического здоро-

вья. Это нарушение прав пациента. Понятно, что закон гарантирует те возможности, которыми обладает государство. Но мы должны задумываться о том, что это права пациентов. Соблюдая законодательную норму в отношении свободы совести, мы должны задуматься, куда пойдет пациент после выписки из больницы, как долго мы должны его удерживать в стационаре, чтобы он не потерял свою квалификацию. Современная ситуация в отношении психических расстройств изменилась. Психическое здоровье, в частности сохранность когнитивных функций, оказывается определяющим фактором социального развития, и востребованность психического здоровья в современном индустриализированном обществе больше, чем востребованность сохранности физических функций. Есть яркие примеры того, как люди с утратой физических функций могут вполне эффективно работать, осуществлять свою деятельность. Несколько лет тому назад часто появлялся в репортажах из Западной Германии министр внутренних дел, колясочник, который вполне эффективно осуществлял свои функции без ущерба для дела. А даже незначительный ущерб когнитивных функций резко снижает возможности адаптации у наших пациентов. Надо задуматься над тем, что в больницах, полустационарах, диспансерах должны существовать компьютерные классы, должны существовать тренинговые студии. Это наша забота при всех наших стенаниях на недостаток финансирования.

Недостаток финансирования связан с ригидностью наших правительственных учреждений. До сих пор расчет финансирования идет по койкам, хотя помощь давно уже организована совершенно иначе. Финансирование должно ориентироваться на целевые программы, программы восстановления навыков, программы ресоциализации, работы с группой для трудовой реабилитации пациентов. Но ни министерства, ни Правительство, ни финансовые структуры не придумали ничего, кроме коек. В этих условиях мы не можем ждать милости от министерств. Попытки создания новых моделей вполне осуществимы, перспективны. Иногда в регионах с большим пониманием относятся к новым моделям, чем в Москве. Новая форма помощи — дневной стационар, клиника первого психотического эпизода, которая открылась в нашем институте в конце 2000 года, в Москве нигде пока не привилась. Между тем, эффективность этой помощи очевидна. Во многих случаях пациентов с первыми психотическими расстройствами, которые раньше подвергались безусловному стационарированию, можно сохранить в жизни, в учебе, сохранить их интеллектуальные возможности и социальные навыки, оказать им помощь в полустационарных условиях без стен психиатрического учреждения как такового. Сейчас интерес к этому испытывают в регионах. Это новая модель, которая на Западе существует только в редких экземплярах. Это одна из форм внедрения в



первичную медицинскую сеть. Пока никакой поддержки у министерств мы не находим. Это сугубо инициативная работа, требующая изыскания новых ресурсов.

Я, как директор института, постоянно озабочен и удручен тем, что занимаюсь финансовыми проблемами. И тем не менее, мы должны думать о перспективе развития нашей службы. Я тоже пытаюсь отстоять число коек, потому что иначе мы не получим финансирования на наш штат, который давно работает вне коек. По существу это двойная бухгалтерия. Мы получаем финансирование на койки, а используем его на организацию разного рода психосоциальных мероприятий под видом обслуживания койки.

Психическое здоровье в наше время возможно сохранить и поддержать, как никогда ранее. Дело не только в новых средствах, но и в новых возможностях психосоциальной помощи. Само понятие «психосоциальное» изменяет свой смысл. Мы вообще обретаем новую семантику старых выражений и слов. Психосоциальные мероприятия, психосоциальные вмешательства имеют порой не меньшее значение, чем проведение активной терапии. Активная терапия в большей части случаев принадлежит пока стационару. Хотя можно представить, что через 15 – 20 лет будет существенное сокращение коечной сети, но не уничтожение ее как таковой, а замена другими службами. Сдвиги, хотим мы этого или не хотим, от наших ли это усилий зависит или нет, происходят. Постепенно изменяется штатное соотношение в психиатрической сети пациентов амбулаторной и стационарной службы. Еще десять лет назад это соотношение было 40 : 60, 60 было за стационарным составом пациентов. Сейчас уже 45 : 50. Специалисты амбулаторной службы начинают в перспективе доминировать. И это оправдано. Другое дело, что специалисты амбулаторной сети должны думать не только о своей роли, но и о том, чтобы вовлекать в оказание помощи других специалистов. Растет число клинических психологов. Это еще одна из правовых, пока деонтологических этических проблем. Проект закона о психотерапии предполагает определение роли клинического психолога в оказании помощи. Многие из нас испытывают настороженное отношение к передаче функции терапии, проведения определенных видов психотерапии клиническим психологам. В значительной мере эти опасения оправданы. Потому что за здоровье, за исход лечения пациента пока несет ответственность врач. Но мы должны думать уже о другой норме, о норме разделенной ответственности. Кроме нас определиться в этих нормах никто не сможет. Пока это не прописано в законе, нам надо делать предложения, опираться на какие-то модели, примеры. В регионах как раз очень много энтузиастов, очень много творчески мыслящих людей. Там можно найти много примеров, как гибко решаются проблемы кадрового обеспечения, оказания помощи в некоторых условиях. Служ-

ба психиатрической помощи должна укрепляться не только в своем ядре, но и в своих смежных направлениях деятельности. Развивается суицидологическая служба, сексопатологическая служба, психотерапевтические службы разного направления. Есть этические проблемы, которые решаются принятием врачом ответственности на себя.

У нас недавно было совещание, организованное Министерством на базе Центра медицины катастроф. Я уже говорил о том, что есть ситуации, в которых врач должен определиться, где он следует букве закона, а где он должен выбрать свою этическую позицию. Я привел примеры, к которым имел отношение коллектив нашего института, оказывая помощь в разных кризисных, чрезвычайных ситуациях. Речь идет о родственниках погибших на атомной подводной лодке «Курск». Я считаю правильным выбор местных психиатров, доктора Онегина в частности, когда видя что пункты помощи, организованные психиатрами и психологами в Видяево остаются невостребованными, и зная о том, что родственники переживают тяжелый кризис и нуждаются в помощи, они созванивались, деликатным образом объясняя кто они, не скрывая, что они психиатры. Они вошли в некоторые семьи, были приняты, и родственники получили необходимую помощь. Это выбор этический, выбор не на основе буквы закона, но выбор, исходящий из наших деонтологических позиций. Можно было бы ограничиться тем, что открыты пункты психологической помощи, и вроде бы мы свои функции выполнили. Но такие формы срабатывают не всегда. Надо предлагать, надо искать формы предложения, где без предубеждения, без опасности стигматизации может быть оказана помощь. Помощь редко оказывается востребованной. Население, особенно в кризисной ситуации, не всегда готово понимать, что оно нуждается в помощи психолога, психотерапевта, психиатра или социального работника. Это одна из задач развития помощи психопросвещения, не санитарного просвещения, какое было в прежние времена, а программного психопросвещения, просвещения населения и других специалистов в отношении современных возможностей оказания помощи, отсутствия ущерба для здоровья, соблюдения конфиденциальности. Население мало знает об этом. Оно до сих пор оперирует убогими представлениями, варварскими представлениями о том, чем живет психиатрия, какими возможностями она обладает. Мы не очень любим выступления перед непросвещенной аудиторией. Это одна из наших забот, которая требует много времени. На понимание аудитории можно рассчитывать далеко не всегда. На этом я хотел бы завершить свободное изложение острых проблем. Они действительно иногда очень острые и очень трудно решаемые, проблемы между законом и этикой.

— У меня вопрос к Вам, как к председателю Российского общества психиатров. Удовлетворены ли



*Вы организационной частью работы этических комитетов, и работают ли они вообще у нас?*

— Наш Институт очень удручает ситуация, сложившаяся в нашей стране. По существу при Минздраве существует национальный этический комитет, что противостоит абсурдно и не согласуется ни с какими нормами. Получается, что этический комитет, определяющий оценку программ, дающий право на масштабные клинические испытания, подведомствен Минздраву. Сейчас много административных решений, которые нас не устраивают, но пока мы не решаемся посвящать этому всю деятельность. Некоторые решения требуют радикального вмешательства, и мы так или иначе заявляли о своем отношении. Но не всегда наш голос может быть услышан. Российское общество психиатров не независимо от Минздрава. Когда надо, они к нам обращаются. В решении этих вопросов было чисто административное решение по их выбору. Наши рекомендации не были учтены. Но этические комитеты и комиссии на месте должны создаваться, должны существовать. В Российском обществе психиатров существует этическая комиссия, но может быть ее деятельность малоэффективна или не очень эффективна. Предполагалось, что эта деятельность будет связана с оценкой каких-то действий, казусов, врачебных ошибок или ошибок в решении обеспечения психиатрической помощи, но пока таких примеров в деятельности нашей этической комиссии нет. Есть какие-то частные вопросы, частные обращения, которые принципиального значения не имеют. Тут я готов признать за собой упущение возможностей деятельности этической комиссии. С октября 2000 года ее возглавляет Юрий Васильевич Попов, но я думаю, что они не очень обременены заботами. Видимо, надо задуматься о той роли, которую может играть этическая комиссия Общества. В институтах этические комитеты есть, в крупных больницах они тоже должны существовать. Потому что есть некоторые вопросы, которые легче решить этическому комитету, которые помогут администрации в обеспечении прав пациентов. В институтах этические комитеты занимаются в большей мере оценкой научных проектов с участием больных, оценкой их исследований. Без рассмотрения этического комитета мы не допускаем никакое исследование, даже маломасштабное. Но, к сожалению, принятие решений по поводу масштабных клинических испытаний производится сейчас национальным этическим комитетом. Мы оказываемся уже с готовым решением на руках. Мы можем просто уклониться от решения этого вопроса, но коллектив, который обладает и авторитетом и опытом в такого рода деятельности, наверное не должен уклоняться. Некоторые проекты мы отклоняли, потому

что некоторые фирмы навязывали такой дизайн исследования, где непонятна ответственность врача, непонятны задачи, непонятно применение того или иного препарата. Видимо, у них просто есть средства для такого чисто искусственного проекта, без обеспечения прав больных. Мы отклонили несколько таких проектов, которые проходили экспертизу в нашем институте.

— *Вчера тут говорили о том, чтобы как можно меньше применять административных и насильственных мер по отношению к больным. Существует правовая система традиционной работы психиатрической скорой помощи. Эта традиция заложена в законе, нет никаких правовых проблем. Как с этической точки зрения рассматривать такую ситуацию, когда психиатры приезжают, забирают по клиническим показаниям больных, привозят в свою же службу, а потом мы начинаем говорить об этических вопросах и взаимоотношениях с больными? Я не с правовой точки зрения говорю, а с этической точки зрения. Ведь даже Министерство внутренних дел и Министерство юстиции сумели разделиться. Нет ли в перспективе необходимости что-то изменить в скорой психиатрической помощи, дабы облик психиатра, который сам себе ищет больного, как-то изменился?*

— У меня нет готового ответа в попытке изменить деятельность скорой психиатрической помощи. Борис Алексеевич Казаковцев много занимался такого рода вопросами и оценкой сложных коллизий. Здесь должно быть и разделение функций, но законы должны быть одинаковы и для врачей скорой психиатрической помощи, и для врачей стационаров, куда они определяют пациентов. Но какая-то преемственность должна существовать. Больше число жалоб, касающихся недобровольного освидетельствования, стационарирования в недобровольном порядке, связано не с изъянами деятельности психиатрической помощи, не с несоблюдением закона психиатрами, а с тем, что психиатры не прослеживают своевременность судебных решений. Комиссия собралась вовремя, а судебное решение пришло через неделю-две или где-то затерялось. Психиатр формально не отвечает. Но он должен проследить, заботясь о судьбе больного, о его репутации. На этот вопрос однозначного решения у меня нет. Больше оснований размышлять над тем, что скорая психиатрическая помощь не выезжает и чинит всякого рода препятствия в действительно необходимом своевременном оказании помощи. Обращения и апелляции к нам с просьбой объяснить, где найти помощь, встречаются чаще, чем заявления по поводу неадекватных действий скорой психиатрической помощи.



# Актуальные проблемы этического регулирования профессионального сообщества\*

Ю. И. Полищук

Я хочу поставить вопрос о том, как профессиональное сообщество, в первую очередь в лице Российского общества психиатров и Независимой психиатрической ассоциации России, должно заниматься этическим регулированием. Совершенно очевидно, что прежде чем пытаться заниматься вопросами этического регулирования в области научной и практической психиатрии, надо самим занять достойную позицию, обеспечить достойный уровень, который позволит осуществлять эту деятельность, ориентируясь на самые достойные стандарты. Возникает вопрос, а соответствует ли статус наших профессиональных сообществ этим требованиям и задачам? Мое выступление будет в достаточной мере полемичным, возможно, я буду говорить нелицеприятные вещи. Но мне хотелось бы обнажить “живой нерв” проблем, ради которых мы собрались. Здесь надо помнить Козьму Пруткова — зри в корень. Потому что создается впечатление, что мы уходим в сторону от коренных, глобальных, фундаментальных вопросов в этической проблематике психиатрии.

Вернусь к вопросу о состоянии наших сообществ с точки зрения этической проблематики, профессионально нравственной компетенции и нравственного уровня, которые характеризуют наше сообщество и, прежде всего, органы управления. Я бы хотел сослаться на две острые публикации Юрия Сергеевича Савенко в третьем и четвертом номерах Независимого психиатрического журнала об упадке отечественной психиатрии, об обострении упадка отечественной психиатрии. В этих публикациях он с присущей ему остротой и принципиальностью, но в целом с правильной, ответственной позиции заостряет внимание на объективно существующих признаках упадка — и профессионального, и этического. Когда мы обсуждаем этические вопросы и проблемы упадка психиатрии, намечается какое-то противопоставление и отрыв профессионального, организационного и научного аспектов от этического. Но это неразрывно, неотделимо. С. С. Корсаков указывал, что психиатрия как ни одна другая медицинская дисциплина стоит близко к философии, а этика это ветвь философии. Этика пронизывает психиатрию насквозь, особенно психотерапию. Юрий Сергеевич в своей публикации пишет: “... Первоочередная задача профессионального сообщества — оздоровление собственной среды, высокая требовательность к самим себе, возвращение

действенности этическим принципам”, добавлю — вместо широкого сознательного неучастия перед лицом того упадка, примеры которому он приводит. Является ли это искусственным заострением, преувеличением? Я считаю, нет. Более того, говорить об этом надо было еще раньше. Может быть, кому-то покажется, что я излишне абстрагирую. Приведу два ярких примера.

Дело Столбуна и его сподвижников. Это проблема глеет десятилетиями. Вопрос о Столбуне, деятельность которого бросает тень на психиатрическое и наркологическое сообщества, и с которым не могут справиться никакие комиссии Министерства здравоохранения, наконец-то был поставлен на заседании Президиума Российского общества психиатров, благодаря инициативе заместителя председателя Комитета по спасению молодежи Светланы Васильевны Романюк. Она прислала Валерию Николаевичу Краснову, как председателю Российского общества психиатров, объемистую папку материалов, которые очень цепко собирала в течение многих лет, — весь массив данных о деятельности этой псевдомедицинской группы, которая под видом психиатрических методик фактически занималась и экспериментами, и псевдоцелительством. В случае психопатических и психопатоподобных расстройств они, правда, достигали некоторых результатов, но они замахнулись на лечение тяжелейших форм детской и юношеской шизофрении, уверяя что с помощью их методик можно излечивать эти состояния. Сразу было видно, что это блеф, авантюра. Конечно, психиатрическое сообщество обязано было реагировать должным образом. Тем более, что речь шла не столько о самом Столбуне, сколько об официальном обращении в защиту Столбуна группы высокопоставленных известных психиатров, таких как академик Георгий Васильевич Морозов, профессор-психиатр из Санкт-Петербурга Александров, профессор Зиньковский из Твери, профессор Хохлов из Ярославля и профессор Гамбург из Саратова. Сюда надо также присоединить главного психиатра Министерства обороны Литвинцева, который также поддерживал группу Столбуна, оказывая помощь в организации так называемых исследований на базе одной из подмосковных психиатрических больниц.

И вот когда этот вопрос был поставлен на обсуждение Президиума правления Российского общества психиатров, наметилась позиция, которую можно охарактеризовать как мягкий подход к деятельности психиатров: не выносить сор из избы, не разглашать на всю психиатрию Российской Федерации фамилии

\* Выступление на семинаре “Взаимодействие этического, правового и административного регулирования психиатрической помощи”, 14 – 17 марта 2002 г., Софрино



этих уважаемых профессоров, а мягко и немножко обтекаемо дать понять, что нехорошо поддерживать такого рода деятельность господина Столбуна. Мне думается, что это неправильная позиция. Стоило бы назвать фамилии, это свидетельствовало бы об открытости обсуждения и соответствовало духу времени, позволило бы предотвратить такого рода тенденции в отечественной психиатрии. У нас свобода слова, и информация все равно так или иначе утекает. Когда рядовые психиатры видят, что Президиум правления РОП не называет фамилии, а Независимая психиатрическая ассоциация в своем журнале все четко пишет и перечисляет, может сложиться впечатление, что имеют место двойные стандарты. Высокопоставленные уважаемые психиатры не должны участвовали в таких нечистоплотных действиях. Правление Российского общества психиатров заняло не достаточно принципиальную и последовательную позицию, и в этом я вижу этический ущерб деятельности нашего сообщества.

Второй пример. В 1994 году был принят Кодекс профессиональной этики психиатра. Я перечислю несколько его положений:

1) *Психиатр должен заботиться об охране психического здоровья населения.* — Тут кто-то сказал, что психиатры не могут и не должны заботиться. Я с этим не согласен. Психиатр заниматься не только выраженными психическими расстройствами, но и заботиться об охране психического здоровья населения.

2) *Каждый психиатр несет моральную ответственность за деятельность психиатрического сообщества, представителем которого он является.* — Поэтому я считаю себя вправе об относительно неблагоприятном состоянии, состоянии упадка в деятельности нашего сообщества. Далее в Кодексе прописано:

3) *Профессиональная компетентность дает психиатру моральное право самостоятельно принимать ответственное решение.*

4) *Психиатр не вправе безучастно относиться к действиям третьих лиц, стремящихся причинить пациенту ущерб.*

Руководствуясь этими и рядом других принципов, руководствуясь своей гражданской позицией, я занялся проблемой изучения влияния деструктивных культов на личность и на психическое здоровье. Это были 1994, 1995 и 1996 годы — пик деятельности этих организаций. Я полагал, что нельзя оставаться в стороне, надо заботиться о людях, не проходить мимо того, что третьи лица оказывают ущерб их здоровью. Как только стало известно, что я проявляю интерес к этому вопросу и профессионально им занимаюсь, ко мне потоком стали направляться пациенты, которые попадали в Белое братство, Аум Сенрике, Богородичный центр и ряд других организаций. Я думаю, что сегодня вряд ли у кого-либо из вас остаются сомнения в том, что духовные практики и вся атмосфера в названных культах могут отрицательно влиять на психическое здоровье и личность попавших к ним молодых

людей. Тем более, что чаще всего туда попадают лица с расстройствами личности или с личностными аномалиями, либо лица в начальных стадиях или ремиссиях психических заболеваний, прежде всего шизофрении. По своей инициативе я организовал комиссию с участием грамотных психиатров и психологов. Все было выверено, обсуждено, и мы составили заключение, которое получило огласку. Вскоре после этого меня пригласили на заседание Президиума правления нашего общества, — это было в марте 1995 года, — и, мягко говоря, пожурили за то, что заключение как-то недостаточно обоснованно, не научно, без статистики, и вообще негоже психиатру этим заниматься. Юрий Сергеевич с особым усердием начал меня за это попрекать на страницах своего журнала. Казалось бы, мы коллеги, состоим в одном профессиональном сообществе, пусть я в РОП, а он в НПА, однако он опускался до уровня брани, говорил о невежестве, о некомпетентности, говорил, что я это делаю по заказу каких-то государственных инстанций. Ничего подобного. Никто меня на это не настраивал, наоборот, я действовал по собственной инициативе, опираясь на этические заповеди и принципы.

Можно привести и другие примеры, но достаточно этих двух для того, чтобы осознать неблагополучие в этическом уровне нашего сообщества. А с ним связан и профессиональный уровень, который необходимо менять. Мы самым серьезным образом должны подумать о том, как поднять уровень, качество и содержание этической комиссии при Правлении Российского общества психиатров, как сделать так, чтобы комиссия заработала. Профессор Тихоненко, наиболее весомый авторитет в области профессиональной этики, отказался работать в этой комиссии, профессор Котов тоже не захотел. Когда такие люди уходят от деятельности в этом направлении, это вызывает большое сожаление. Достойной замены на этих местах не нашлось. Этической проблематикой, если и занимались, то где-то в других местах. Может быть в НПА, может быть в региональных обществах. Только сегодня мы выдвигаем эти вопросы. Любовь Акимовна Стукалова как-то сказала, что НПА, это совесть нашей психиатрии. Можно согласиться, потому что и Юрий Сергеевич и другие члены этой организации равнодушны, они стремятся как-то изменить ситуацию, которая характеризуется спячкой, анабиозом, равнодушием, нежеланием проявлять активную этическую, гражданскую позицию. Валерий Николаевич пытается что-то сделать, но в одиночку. Его доклад показывает, что он озабочен и равнодушен. Но, к сожалению, нельзя сказать, что все Правление Российского общества психиатров думает и заботится об этом, что мы постоянно держим эти вопросы в поле зрения и придаем им первостепенное значение.

Чему тут удивляться? Этический уровень нашего профессионального сообщества, по-видимому, находится в каких-то корреспондирующих связях и отно-



шениях с общей моральной, нравственной атмосферой в обществе. А какова она? Разве мы не вправе говорить, наряду с философами, журналистами и с социологами, о том, что в стране продолжается духовный и нравственный кризис, теряются моральные ориентиры? Это неизбежно сказывается и на психиатрах, так же как на других представителях нашей интеллигенции.

Надо начинать с себя. Надо предъявить себе достаточно высокие требования и пробудить чувство ответственности. Когда я прихожу на заседание Ученого совета или на заседание Президиума правления Российского общества и вижу полупустой зал и отсутствие интереса со стороны членов Совета, психиатров, мне становится печально. Равнодушие, апатия, нет заинтересованности, нет чувства ответственности, что уверенности, что надо начинать с себя, надо действовать более активно. Нужна повседневная, систематическая, а не от случая к случаю, не от пленума к пленуму, не от съезда к съезду, работа этических комитетов и этических комиссий, которые надо действительно возродить, осмыслить, придать им более определенный статус, отшлифовать их цели и задачи и держать в поле зрения то, как они этим всем занимаются. Этика и мораль тесно связаны с профессионализмом. Низкий профессионализм, тем более невежество, есть аморальность, ибо они чреваты результатами, которые имеют негативные этические последствия. Могу сослаться на один из примеров. Недавно на Ученом совете заслушивалось сообщение бывшего сотрудника нашего института, который замахнулся на современные проблемы и задачи теоретической психопатологии. Это образец с одной стороны невежества, недостаточной профессиональной культуры, а с другой стороны легкомысленного, поверхностного, авантюрного подхода к сложнейшим вопросам, с полным игнорированием традиций. Я совершенно согласен, что игнорирование традиций является одним из признаков упадка отечественной психиатрии. Только опираясь на традиции, только творчески их перерабатывая с учетом современных тенденций, отечественная психиатрия может развиваться продуктивно и дальше, именно в условиях России.

Недостаточный профессионализм причиняет моральный ущерб нашей научной и практической психиатрии, потому что у молодежи складывается впечатление, что мы опускаемся все ниже и ниже, что настоящей науки нет, что наука теряет свое моральное лицо и моральное влияние, что между наукой и псевдонаукой размывается грань и намечаются переходы, что требовательность к принципам научного мышления и научного мировоззрения снижается. Утрачивается вкус и отечественные традиции клинического мышления. Я же прошел школу Снежневского, Московскую школу. Она идет от Корсакова, Ганнушкина. Я знаю, что такое клиническое мышление врача-психиатра. Разве этому клиническому мышлению учат

сейчас молодежь? Нет. Критерии МКБ — 10, критерии ДСМ — 4, симптом такой, синдром такой, опора на шкалы теста-опросника, статистика и все. Врач не думает, не размышляет, не занимается дифференциальной диагностикой. Разве это не имеет этической стороны? Ведь такой врач не поймет больного. Он не сможет увидеть относительную нозологическую специфичность, своеобразие. А нозологическая ориентация в дифференциальной диагностике это и терапия, и прогноз, и реабилитация. Мы занижаем уровень научной и практической психиатрии. Мне думается, что об этом надо говорить с полной ответственностью.

Мне очень понравилась публикация в журнале им. Корсакова доктора наук Гендикина по поводу статьи Смудевича и Шостаковича в отношении личностных расстройств. Совершенно ясно и четко Гендикин спрашивает: “Зачем нам предлагаются новые схемы и трафареты, которые выглядят искусственно? Чем они лучше того, что было раньше? Чем нас не удовлетворяет та систематика и те принципиальные позиции систематики в этой пограничной области, которые были традиционны?” Смудевич и Шостакович не отвечают на эти вопросы, они предлагают нам новый вариант, который выглядит виртуальным. С моей точки зрения, это в значительной мере подходы кабинетного творчества, а не идущего от реалий клинической практики. И вот к вопросу об этике. Как только была помещена эта критическая статья, академик Смудевич обратился в редакцию журнала и на кафедру психиатрии Клиники им. Корсакова с тем, чтобы было помещено что-то вроде несогласия. Профессор Иванец настоял на публикации такого рода: на кафедре обсуждалась работа профессоров Смудевича и Шостаковича, она представляет значительный интерес, а мнение Гендикина — это частное мнение, и пусть никто не думает, что мы его разделяем. Разве этот дополнительный пример не говорит о неблагополучии в сообществе, даже на самых высоких его уровнях?

Что я хотел бы сказать в отношении Этического Кодекса? Нам дали его в качестве руководства к действию. Однако искусственное выделение норм и стандартов играет отрицательную роль. Когда они усваиваются механически, изолированно от того морального сознания, которое должно пропитывать и пронизывать все мышление и мировоззрение психиатров, они соблюдаются формально. Сформулированные нормы и стандарты необходимы, но всегда надо подчеркивать условность и некоторую искусственность их выделения и рассматривать их в контексте общего нравственного подхода и мышления каждого врача-психиатра и психотерапевта.

Я хотел бы поставить на обсуждение вопрос, отраженный в Кодексе, с которым не могу согласиться. Тут так сказано: “психиатр не вправе навязывать пациенту свои философские, религиозные, политические взгляды”. Особенно это касается психотерапевтической работы психиатра. Ясно, что эта формули-



ровка идет от позиции признания суверенности личности, автономии личности, соблюдения прав личности и человека. Но что значит “навязывать”? Это значит, если понимать буквально, что психиатр вопреки позиции, желанию и убеждениям больного старается его переделать и навязать нечто свое. Но можно увидеть в этом тезисе и другое: врач-психиатр, особенно психотерапевт, не вправе апеллировать к основным положениям той философии, которую он разделяет, Врач не может предложить пациенту в ходе, допустим, психотерапии по Марциновскому, ретотерапии Яроцкого, логотерапии Франкла, свою модель мировоззрения, которая в русле гуманистической личностно ориентированной терапии обладает колоссальным психотерапевтическим потенциалом. Я не могу с этим согласиться. Настоящая глубокая, тем более гуманистически личностно ориентированная психотерапия предполагает лечение личностью врача. Если эта личность более зрелая, более возвышенная, и обладает более широким кругозором и философской, и религиозной подготовкой, она может повлиять на личность пациента в благоприятном направлении и передать ему, если не полностью, то частично те философские и религиозные положения, постулаты, идеи, которые несомненно окажут положительное благотворное психотерапевтическое воздействие. Таким образом, даже в таком, казалось бы отработанном документе, который является сводом этических правил, имеются места, заслуживающие того, чтобы к ним отнестись критически и возможно изменить существующие формулировки.

Я не буду говорить здесь о широко употребляемом в настоящее время выражении “потребители психиатрической помощи”. Я разделяю его неприятие. Нельзя навязывать нашим больным и их родственникам представления о том, что они являются “потребителями”. Это чревато неправильными подходами и серьезными издержками, в том числе этическими.

В заключение хочу сказать о том, что этическая проблематика в психиатрии, также как и в сообществах врачей других профессий, должна учитывать состояние всего общества и позицию государства. Наше профессиональное сообщество должно стать зоной роста морали и нравственности. Вместе с сообществом психотерапевтов мы должны задавать тон высоких этических норм и стандартов, причем наша задача — не только декларировать их, но повседневно воплощать и реализовывать. Тогда появится надежда на

то, что общая ситуация нравственного упадка в обществе будет выравниваться, и это послужит общему оздоровлению. К сожалению, психиатры в подавляющем большинстве не понимают того, что помимо психического здоровья можно и нужно говорить о духовном здоровье. Один уважаемый психиатр как-то сказал: “Я не понимаю, что такое духовное здоровье. Это же психика, что тут духовного?”. Нам надо приблизиться к пониманию того, что такое духовное здоровье, что такое интеллектуальное здоровье и что такое моральное здоровье. Вот тогда, я думаю, мы начнем реализовывать то, о чем говорим на этом семинаре.

— Скажите, пожалуйста, какую роль Российское общество психиатров играет в психическом здоровье нации? Какую роль играет наше общество в воздействии на средства массовой информации?

— Что касается средств массовой информации. У нас в прошлом году было заседание, на котором я, как председатель комиссии по связям со средствами массовой информации, делал сообщение о том, как отражают СМИ вопросы психического здоровья и оказания психиатрической помощи. Я показал, что ситуация плачевная, что журналисты по-прежнему во многих случаях третируют психиатрию и психиатров, употребляют такие уничижительные термины, как “психушка”, “шизофреник”, “дебилы” и т.д., которые тиражируясь, продолжают укреплять в общественном сознании негативный имидж психиатрии, психиатрической службы, психиатров. Публикаций противоположного характера, где можно было бы раскрыть благородство и высокую гуманистическую функцию профессии психиатра, почти не видно. Надо работать со средствами массовой информации. Я сразу же ставлю вопрос: а почему сегодня не приглашены и не участвуют некоторые журналисты, которые могли бы передать нашу тревогу, нашу озабоченность? Почему мы не работаем с Союзом журналистов? Почему мы на уровне НПА, на уровне Российского общества психиатров не устраиваем регулярные пресс-конференции по наиболее острым, наиболее значимым проблемам психического здоровья? Такие предложения вносились, что-то намечалось в процессе проведения года психического здоровья. Однако это лишь отдельные всплески, а этим нужно заниматься постоянно. Я не упускаю ни одной возможности появиться в средствах массовой информации и стараюсь занять ту позицию, которую исповедую.



# Психиатрия и права человека в России: современные тенденции (1999 – 2002)

Ю. С. Савенко, Л. Н. Виноградова

В 1999 году в Гамбурге проф. В. Н. Краснов и д-р Ю. С. Савенко выступили с докладами на одинаковую тему: “Тенденции развития российской психиатрии за 1989 – 1999 годы”, которые были восприняты как дополнительные друг другу. В своем докладе Ю. С. Савенко подчеркивал амбивалентный двойственный характер развития по всем линиям. В настоящем сообщении мы сосредоточимся на правозащитном аспекте психиатрии за последние три года в России. Следует сразу с горечью отметить, что тенденции развития в этом аспекте носят все более негативный характер.

Исполнилось 10 лет невыполнения статьи 38 Закона “О психиатрической помощи...” о создании государственной Службы защиты прав пациентов, находящихся в психиатрических стационарах. Мы объединили усилия обоих профессиональных обществ и общественных организаций, чтобы начать создание такой службы хотя бы в нескольких регионах страны под эгидой Уполномоченного по правам человека в Российской Федерации. Однако негосударственная служба такого рода, модель которой создается нашей Ассоциацией на основе взаимодействия с существующей региональной сетью правозащитных организаций Московской Хельсинкской группы, хотя и начала с 1999 г. масштабный мониторинг, публикуемый в ежегодных докладах МХГ, но в практическом отношении встретила серьезное сопротивление, прежде всего в Москве.

Согласно данным нашего мониторинга в отношении психически больных за последние три года по-прежнему актуальным остается самое элементарное право — **право на минимальное жизнеобеспечение**. Уже за границами Москвы — в Московской области — это право грубо нарушается в отношении обитателей психиатрических больниц и особенно психоневрологических интернатов, и так же как в Хабаровском крае, составляет 30 – 40 % от необходимого (но все же не 20 – 25 % как в 1999 году). Сведения на этот счет представляют круто спускающуюся лестницу из 4 ступеней: установленные нормы питания и лечения; запланированные средства; выделенные средства и реально дошедшие средства. Последнее позволяет выяснить только неожиданная выборочная проверка. Оказалось, что в различных регионах ситуация разная, но в некоторых (Кызыл, Пенза, Староволжск) до больных доходит в 3 – 4 раза меньше нормы на питание и почти в 20 раз меньше на лечение

(Астрахань), а в некоторых регионах на бесплатное лечение не выделяется ничего, что является грубым нарушением прав больных.

Во многих регионах приходится говорить о **праве на жизненное пространство**, так как вместо положенных 7,5 кв. м на одного пациента приходится около 4 и даже 2 – 2,5 кв. м (Вологодская и Ленинградская области).

Еще значимее **психологическая атмосфера учреждений**, задаваемая отношением к больным младшего персонала. Отмечая в этом году 170-летие Пинелевской реформы в России (1832), мы вынуждены отметить использование не только неконтролируемого связывания, но избиений больных, использование нейрорептиков 1 – 2 поколения без медицинских показаний и без корректоров, — то есть ситуацию, худшую чем в предреволюционную эпоху. Такие примеры имеются и в Москве, причем не только в Бутырской тюрьме, но и в показательной психиатрической больнице № 1.

Среди нарушений Закона о психиатрической помощи особенно много нарушений в отношении **признания граждан недееспособными**. Например, в психоневрологических интернатах Астраханской и Нижегородской областей это делается заочно для всех пациентов. В еще более беспорядочном положении находятся воспитанники домов-интернатов для умственно отсталых детей. Например, в Тюменской области практикуется привязывание к батарее отопления и сокращение порций еды в качестве наказания, а заболеваемость туберкулезом здесь в 86 раз выше чем по области. Есть случаи восполнения недобора в армию за счет учащихся вспомогательных школ для умственно отсталых детей (Ульяновск). Превращаясь в мишень насмешек и насилия, они пополняют ряды дезертиров, самострелов и убийц.

В нарушение действующего законодательства **людям с психическими расстройствами не предоставляется информация об их заболевании и применяемых методах лечения**. Зато для правоохранительных органов эта информация не представляет никакой медицинской тайны. Хотя законом определено предоставление подобной информации лишь в случае возбуждения уголовного дела или судебного разбирательства, сотрудники правоохранительных органов широко практикуют получение конфиденциальной информации для того, чтобы отказать в проведении расследования по жалобе психически больно-



го. Что касается больных наркоманией, то в ряде регионов сотрудники наркологических диспансеров регулярно передают сведения о состоящих на учете больных в территориальные органы внутренних дел. В Москве их обязывает это делать специальная инструкция, утвержденная в 1999 году Комитетами здравоохранения и внутренних дел Москвы, которая грубо противоречит федеральному законодательству. Действующий с 1998 года Закон "О наркотических средствах и психотропных веществах", фактически провозгласивший любого больного наркоманией правонарушителем, продолжает приводить на скамью подсудимых десятки тысяч рядовых потребителей, преимущественно молодежь.

Серьезно нарушаются **имущественные права** людей с психическими расстройствами. И родственники, и знакомые, и работники психиатрической службы часто покушаются на их квартиры и другую собственность.

В большинстве психиатрических больниц в отделениях нет телефонов для больных.

Во многих психиатрических больницах открыты православные часовни, но мало где есть универсальные молельные комнаты для верующих других конфессий.

Часты случаи игнорирования права психически больных, не лишенных дееспособности, на **участие в выборах**. В ряде мест имеются свидетельства об использовании местными властями голосов психически больных.

Имели место отдельные случаи использования психиатрии для подавления правозащитной деятельности.

Продолжали носить распространенный характер попытки **ликвидации с использованием психиатрии ряда религиозных организаций** и даже их дочерних светских организаций по борьбе с наркотиками. Активно критическая позиция НПА привела к замене первоначальных обвинений религиозных организаций в "нанесении вреда психическому здоровью и деформации личности" на "незаконное незаметное использование гипноза", затем на "действия на подсознательном уровне" и, наконец, на "побуждение печатными изданиями к формированию социально-психологического настроения отчуждения от собственного государства, общества и традиционной культуры". Таким образом, полностью обнажилась политико-идеологическая подкладка пресловутой "заботы о психическом здоровье". Однако, не сумев ничего доказать в отношении Церкви "Свидетели Иеговы", Церкви Объединения, Церкви Саентологии и др. прокуратуры различными способами затягивают судебные процессы, превращая их в бесконечные.

Итак, по сравнению с 1999 годом ситуация с финансовым обеспечением психиатрической службы во многих регионах изменилась к лучшему, приблизившись к 50 % от установленных норм. Однако нарушения имущественных прав психически больных продолжают нарастать. Психически больным чинят серь-

езные препятствия при поступлении в учебные заведения и при приеме на работу. Нарастает также тенденция использовать психиатрию в немедицинских целях.

Серьезные нарушения прав пациентов психиатрических стационаров зафиксировали и представители Комитета Совета Европы по предупреждению пыток и бесчеловечного или унижающего человеческого достоинства обращения или наказания, который уже трижды осуществлял выборочные проверки в различных регионах России.

Переходя после этой фактологии к причинам столь бедственного положения вещей, следует, прежде всего, обратить внимание на **общее положение в стране**: продолжающаяся война в Чечне, правовой беспредел, попытки решить все проблемы способом силового давления. У власти фактически отсутствует сформулированная политика в области психического здоровья. Отношения к этой сфере видно из того, что Федеральная программа совершенствования психиатрической службы на 1995 – 1997 гг. была профинансирована на 0,2 % (!), то есть фактически была сорвана, несмотря на то, что министром здравоохранения в это время был психиатр. Реформирование медицинской и, в первую очередь, психиатрической службы в России идет очень медленно. Мы до сих пор не можем честно сказать, какую модель медицины мы выбираем, и кто должен платить за оказание медицинской помощи. В результате, наблюдается катастрофический отток квалифицированных кадров из медицины, а оставшиеся превращаются в бизнесменов, которые вынуждены продавать свои услуги, кто как может. О статусе медицинской профессии свидетельствует тот факт, что заработная плата врачей существенно ниже, чем может заработать квалифицированный рабочий или простой продавец. Психиатрия является той областью медицины, которая осталась целиком государственной, и при недостаточности государственного финансирования система просто разрушается.

Сейчас подготовлена новая программа совершенствования психиатрической службы на 2003 – 2008 гг., но без специальных усилий по ее осуществлению, без поддержки всего общества и, прежде всего, неправительственных организаций, она также может провалиться. Однако именно здесь политика властей за последнее время претерпела существенные изменения. Вслед за гонениями на независимые СМИ началось "усиление государственного регулирования деятельности неправительственных организаций". В первую очередь это коснулось тех организаций, которые проводят независимые от государства экспертизы, в частности, экологические и психиатрические. Вот уже второй год тянется судебное дело против экологического союза, недавно Министерство юстиции России предложило нашей Ассоциации изъять из устава экспертную деятельность и отказаться от правозащитно-



го консультирования населения, то есть от одной из основных форм нашей деятельности, которую мы осуществляем бесплатно с 1989 г. Государственный Центр социальной и судебной психиатрии им. Сербского успешно осуществляет монополизацию судебной экспертизы. (Кстати, в кратковременную эпоху десталинизации (“оттепель”) в 1956 г. специальная комиссия, исследовавшая деятельность института им. Сербского, рекомендовала расформировать Институт, в связи с отрывом от общей психиатрии, стремлением установить свою диктатуру в области психиатрической экспертизы и подгонку диагнозов, однако сама вскоре подверглась репрессиям. Вероятность расформирования Института, как центра использования психиатрии в политических целях, повторилась в 1991 г. в эпоху десоветизации, однако так и не осуществилась). С конца 2000 года Центр перестал выполнять судебные определения о включении членов НПА России в свои экспертные комиссии, хотя до этого такого рода практика носила продуктивный характер. В 2001 г. усилиями Центра судебно-психиатрическая экспертиза была впервые включена Минздравом в список медицинских форм деятельности, требующих лицензирования и, таким образом, поставлена целиком под государственный контроль.

Но что такое отказ от состязательной экспертизы тут же показало — в числе многих других — экспертное заключение Центра им. Сербского на полковника Буданова. Это полное пренебрежение профессиональными критериями и повторение тех же технологий, которые использовались в отношении политических диссидентов. Благодаря международной поддержке общественного возмущения и в какой-то мере нашей

отрицательной рецензии, позиция государственного обвинения была резко изменена. Но в очередную экспертную комиссию вызывающим образом был включен человек, которого считают главным режиссером использования психиатрии в политических целях, — акад. Георгий Морозов, бойкотируемый Всемирной психиатрической ассоциацией. В декабре 2001 г. на 80-летию Центра им. Сербского Георгий Морозов был фактически публично реабилитирован, а сам факт злоупотреблений психиатрией отвергнут.

Итак, откровенная на практике третьестепенность для властей прав человека и психического здоровья — факторов, глубоко связанных, — вытекает из их узкого и искаженного понимания российскими властями. В результате политика психического здоровья фактически отсутствует, а гражданские инициативы в этом направлении поддерживаются преимущественно на словах. Возможности гражданского контроля за деятельностью психиатрической службы в последние три года активно ограничиваются. Таким образом, в области соблюдения прав человека в психиатрии установилась устойчивая отрицательная тенденция.

Все вышеизложенное заставило в июле 2002 г. сформировать в составе Экспертного совета при Уполномоченном по правам человека в Российской Федерации новую секцию “Психиатрия и права человека”, которая объединила ведущих представителей государственной психиатрии и неправительственных организаций, пользующихся доверием населения. В качестве одной из своих первоочередных задач секция провозгласила создание службы защиты прав пациентов, находящихся в психиатрических стационарах.

## **Дорогие коллеги!**

Приглашаем принять участие в очередных

### **ВОСЬМЫХ КОНСТОРУМСКИХ ЧТЕНИЯХ “ТЕРАПИЯ ДУХОВНОЙ КУЛЬТУРОЙ”**

*20 декабря 2002 г., 10.00 – 20.00*

Конференц-зал наркологического диспансера № 1 г. Москвы  
2-й Автозаводский пр-д, 4/5, рядом с метро “Автозаводская”

Телефон: (095) 275-4567



## Психология в психиатрии\*

Артур Кронфельд

### г) Смыслоистолковывающая психология

Более тесно связанным с предыдущей исследовательской установкой является вопрос о существенном признаке в целостном характере индивидуальности. Организм, личность, душа, индивидуум, — эти понятия можно попытаться определить в терминах целостности. Целое состоит из частей, которые не просто суммируются, а через взаимодействие представляют форму целого. Каждая часть занимает в зависимости от целого необходимое, единственное и полное смысла место. Целое — это рациональный порядок гармонической системы (Driesch) особого рода. Под значением здесь понимается особый закон, согласно которому часть соотносится с гештальтом целого. Это значение следует понимать не в качестве механизма, а в качестве целесообразности части по отношению к целому. При этом под структурой понимается смысловой закон, согласно которому каждая часть должна быть такой, какой она является в силу ее целостностной обусловленности.

Имеется много возможностей понять такую данность смыслового закона в ее своеобразии. Первый способ связывается с наглядностью смысловой закономерности. Целое не постигается с помощью мыслимого членения, но воспринимается интуитивно, будь то образ нашей жизни или целое души, духа, личности. Это старое платоновское морфологическое воззрение в данном случае находит конкретное выражение. Но правомочность интуиции остается под вопросом. Несомненно, данные интуиции можно признать достоверными. Однако интуиция является личным даром художника, но не универсальным научным методом.

Вторая возможность понять этот смысловой закон не основывается на регистрации переживаний, а надеется на успех мыслительного осознания. При этом интуитивные основания целого пытаются осмыслить понятийно и философски. Понятия системы (Driesch), целостного порядка (O. Spann), формы жизни (Spranger), индивидуальной редукции (биологические теории) кладутся в основу исследовательских направлений. Собственно гештальт-теория привлекается

для того, чтобы на место интуиции поставить мыслительную достоверность (Köhler, Wertheimer, Koffka).

Эти теоретические попытки не могут быть здесь ни представлены, ни критически проверены. Можно сказать только одно: пропасть между научной установкой на всеобщее, необходимое и на соответствующее объяснение иррациональностью всего индивидуального является непреодолимой.

В качестве последнего научного подхода остается телеологическое построение, при котором подразумевается, что все части одной индивидуальности подчиняются единой ведущей линии. Привнесение толкования одного смысла является фиктивным и искусственным. Оно заимствуется из биологии с привлечением аналогии с внутренними тенденциями к самосохранению, приспособлению, развитию. Цель может оказаться и не биологической и содержать фиктивный смысл, быть символом какой-либо духовной тенденции: ценность, сила, самоактуализация, преодоление себя, геройство, творчество и т.д. Такая смыслоистолковывающая психология, конечно, получила сильнейшие подкрепления из биологии. Но ее попытки понять индивидуальное имеют слабую связь с действительностью. Можно удостовериться, что эти конструкции связаны с опасностью одностороннего и разорванного отражения реальности.

Для психиатра имеет значение система индивидуальной психологии, основы которой заложил Альфред Адлер. Это направление представляет собой дальнейшее развитие психоанализа. Оно взяло от него основные законы генезиса симптома, детерминированность психического содержания, динамику психики, основанную на влечениях. От учения Фрейда это направление отличается главным образом постановкой вопроса — постоянного вопроса о смысле, о “зачем” данного поведения, характерологического развития, симптома или содержания сознания; таким образом, об имманентном telos'e, которым задается личность. Для этого направления невроз исполнен смысла, он является аранжировкой жизненного плана отдельной личности. При этом Я оказывается центральным пунктом всех личностных формирований. Отношение Я с окружающим миром и самим собой в общих чертах идентично отношению бессилия и силы, что и определяет основную линию развития, связанную с представлением о ценности. Адлер показывает

\* Реферат Б. Н. Кравцова. Окончание. Начало см. НПЖ, 2001, 4, 6 – 11; НПЖ, 2002, 1, 7 – 12; НПЖ, 2002, 2, 22 – 24.



развитие невроза и компенсаторных черт характера на основании чувства неполноценности и сопряженной с ним недостаточностью органов. Сексуальность является хотя и значимой, но только частной областью подобного развития.

е) Соотношение индивидуализирующих и генерализирующих исследовательских направлений

В психологии при наличии интуитивных и рефлексизирующих исследовательских установок, при их свободе и недостатке точности испытывается потребность во все большем приближении к индивидуальности. Возникает потребность в естественнонаучном, индуктивном, точном, обобщающем исследовании.

Однако, это исследование никогда не достигает понимания целого. Пересечение обоих исследовательских установок в сфере самого важного феномена — переживания не приводит к последнему и единственному отражению действительности. С точки зрения науки индивидуальное может быть только идеей, но не эмпирической системой.

Таким образом, в психологии появляется расщепление, которое является чуждым другим естественнонаучным дисциплинам. Но именно психопатология вносит в психиатрию определенный интуитивный творческий характер, поскольку отрицает голый шаблон. Здесь и прелесть, здесь и испытание. Ни игнорирование личностного фактора, ни некритическое преклонение перед художественным моментом, который может быть спроецирован на науку фактов, не должны иметь место. Неуверенность, которую неизбежно привносит с собой это расщепление в практическую работу, вознаграждается при попытках понимания сущности ненормальной личности, что является конечным великим вопросом и тайной.

4. Типологическая исследовательская точка зрения принимает методологию, поскольку она исходит из индивидуальных различий обобщенных результатов.

а) Дифференциальная психопатология

Вместо великих притязаний по отношению к целостности и сути индивидуального, понимаемых мыслительно или интуитивно, можно предпринять менее притязательное, более осторожное и рациональное исследование отдельных различий человека. Можно с помощью вариационной статистики и на основании многочисленных данных, особенно экспериментальных и тестовых испытаний, перейти к психологии индивидуальных различий; может быть вычислена их широта, разброс и корреляция (W. Stern, O. Lipmann, Yerkes и др.). В дифференциальной психологии психотехника констатирует такие различия в соответствии со специальными целями практической работы. Психогностика (Rossolimo, F. Giese), как раз теоретическая часть психотехники, пытается установить групповой образец, вычислить психологический профиль. Эти групповые образцы собирают различных людей без ущерба для их своеобразия в зависимости

от способностей, одаренности, работоспособности с опорой на любые критерии в тестовой ситуации, или целого ряда этих ситуаций. В этих рамках и психопатология конструирует индивидуальные различия, которые имеют практическое и социальное жизненное значение.

Этот способ также является абстрагированием; при этом опускаются многие свойства отдельных людей, которые могут оказаться определяющими для их индивидуальностей — как раз таких индивидуальностей, которые оказываются за пределами рамок полученных групповых образцов.

в) Описательная типология

Позволительно думать, что можно было бы более детально соотнестись с эвристическим принципом, лежащим в основе описательной психологии. Можно было бы выяснить, какие свойства психического реагирования человека являются более выраженными, постоянно повторяющимися, которые опосредуют другие закладки или способности, или тормозят их. Можно было бы как раз в ненормальной психической жизни при исследовании аффективности, волевой сферы выявить уровень тех самых свойств, которые в обширной области психических явлений психических явлений находят свое особенное выражение. При этом значение одного признака получает преимущество перед всеми остальными. Но при этом приходят к характеристике одного конкретного человека.

После группирования характеристик отдельных людей появляются психические типы: типы реагирования, моторики, волевых диспозиций, длительности интенсивности аффектов, духовных предпосылок и т.п. Эти типы оказываются прежде всего сокращенными формулами для описательного материала, не претендующего на закономерность. Эти типы являются прочными. Но поскольку их прочность сопрягается с однозначностью, целостный человек при этом никогда не бывает понят.

Нечто подобное случается в практическом человеческом знании, когда глупые и умные, понимающие и чувствующие, энергичные и слабовольные рассматриваются в качестве типов, или говорят о типах свободного художника, служащего, или крестьянина. Таким же образом поступает и психиатрическая клиника, когда она представляет психопатические типы: “безудержные”, “с гипервлечениями”, или невротиков, или сензитивных.

Определенные нозологические понятия формируются в соответствии с таким же принципом — например, делирий, аменция, мания. Более детальное и конструктивное описание также связано с опасностью просмотреть существенный признак индивидуальности. Например, совокупность моторных и психических свойств эпилептика не может однозначно интерпретироваться с точки зрения внутренних законов носителей этих признаков (Gruhle — 1926 г.).



Если в практическом отношении описательная типология может оказаться весьма плодотворной, то эвристическая правомочность группирующей типологии не может связываться с описательными и изобразительными методами.

в) Социологический, коллективный, эволюционный групповой образец

Эти исследовательские направления объединяет то, что они не определяют психическую индивидуальность ни свойствами, которые придают ей своеобразие, ни другими свойствами, которые являются общими для человеческого вида. Наоборот, они пытаются понять человека в его соподчинении и функциональном назначении внутри множества или группы людей, и которым он принадлежит с разных точек зрения. Это множество, или группа всегда представляется как целое (O. Spann), как форма единства, как организация, закономерности которой ни в коем случае не являются психологическими в узком смысле этого слова.

Человек испытывает психологическое влияние разных факторов окружающей среды в отношении своего поведения, выбора мотива, своей идеологии и т.п. (Kronfeld. *Das seelisch Abnorme und Gemeinschaft* ("Психическое отклонение и общество") Stuttgart, 1924, Birnbaum. *Kulturpsychopathologia*. Berlin, 1925; кроме того — криминологическая литература, а также работы о педагогически запущенных подростках Gruhle, Gregon, Volgtlander и др.).

Кроме того, индивидуальность детерминируется уровнем организации группы, к которой она принадлежит. Дифференцирование самой же индивидуальности оказывается более поздней и случайной в рамках особенностей ее группы.

Коллективная психология в области ненормальных психических явлений только объясняет такие явления, как панику, своеобразие известных исторических массовых аффективных явлений и др. Она пытается объяснить психологические отношения в терминах внушения, индукции. Также существуют попытки выявить изменение симптомов в зависимости от исторических и этнографических особенностей, прежде всего при неврозах, психогенных психозах, Erismann. *Yahrbuch der Charakterologia*, 1927, там же оценка работ Foullee, Le Bon, McDougall, Plaut и т.д.

Коллективная психология руководствуется идеями развития, поскольку она занимается человеком определенной разновидности, особым общественным человеком данной разновидности. Психология развития выставляет на первый план аналогичные исследовательские максимы. Она пытается духовные качества и психические процессы отдельного человека представить в соответствии с биологическими стадиями. Она сравнивает индивидуальные способы поведения и психические процессы — также и ненормальные — с коллективными психолого-генетическими стадиями развития, например со стадией примитив-

ных народов. Так она пытается свести индивидуальную душевную жизнь к онтогенетической смене структур, в которой отражается и повторяется история штампов видовой психики.

Психопатологические интерпретации психологии развития следуют максиме — каждый симптом есть расторможенный преформированный психический архаизм, более "глубокий слой" многоэтажной структуры.

После того, как французские исследования (Janet, Sollier, Richer) успешно использовали эти идеи в своей области, эти максимы под влиянием психоанализа были приняты немецкими исследователями истерии, неврозов и шизофрении (Schilder, Kretschmer, Storch и т.д.). Кроме того исследование исторически более древних отделов мозга позволило понять структуру моторики с аналогичной исторической точки зрения. В настоящее время психология развития получила распространение и оказала несомненно плодотворное влияние в психопатологической области, но без того, чтобы при этом действительная типология оказалась возможной.

г) Психопатологическое учение о характере

Характерологическое учение основывается только на описательной психологии. Это направление устанавливает типы не по внешним признакам, которые являются общими и характерными для определенных групп, а по законам формирования, генезису этих признаков. Оно пытается группировать людей по характерным законам их реагирования. В данной системе исследовательских установок законы реагирования человека, определяющие его суть, взятые вместе, составляют объем понятия характера. Характерологическая типология "подстраивает" под фасад признаков и психолого-генетические и диспозиционные основы в смысле объясняющих закономерностей. (Utitz, Prinzhorn). С этих точек зрения говорят, например, о "типе" истерика.

При таких попытках остается под вопросом распространяемость и систематика характерологических законов. Если закон реагирования не конструируется, то возникает опасность отдалиться от действительности. Она затушевывается таким образом, что вместо нее создается система характерологических законов человеческих групповых образцов. При эвристике, более близкой к реальности, отдельный закон реагирования рассматривается как можно шире. При этом мы переносимся в область конституциональной биологии, учения о наследственности, антропологии строения тела и физиологии внутренней секреции. К тому же здесь получаем физические критерии, в которых мы более уверены.

д) Конвергенция психопатологического учения о характере и клинического исследования конституции

Эта точка зрения имеет большое значение для психиатрических исследований. Клиническое пато-конституциональное основание нуждается в описатель-



ной и объясняющей психологии, чтобы найти общие точки приложения. С другой стороны, конституционально-биологическая установка является не только случайной, выросшей из других дисциплин, или опосредованной историей развития клинической точки зрения в психиатрии, но она оказывается и эмпирической субструктурой характерологической психологии.

Однако, с психологической точки зрения гомогенным биологическим основаниям соответствуют гетерогенные психологические явления — здесь господствует биологическая закономерность. Психологическое своеобразие конституционально-биологических типов не описывается в рамках элементарных законов психического реагирования, установленных с помощью абстракций и психологических интерпретаций. Конституциональное основание стигматизирует душевную жизнь в определенном направлении. С другой стороны душевная жизнь при всем многообразии ее свойств и особенностей реагирования оказывается независимой от этих конституционально-биологических стигм. Этот факт и определяет границы для наших знаний основ человеческого характера с одной стороны и с другой — границы для собственно биологического детерминирования характерологических особенностей. В этих границах — ближайшее будущее клинико-психиатрических исследований.

Аналогичная точка зрения имеет смысл и для типологического группирования характеров.

#### IV. ПРОБЛЕМА ДУШИ И ТЕЛА И ПСИХИАТРИЯ

1. Психический и физический миры имеют свои собственные законы; соединенные воедино в Я, они в основе своей отделяются друг от друга для опытного знания. Ни один мир не может “объяснить” другой.

Проблема души и тела, столь плодотворная и необходимая в своих ответах для психиатрической науки, ставит ее адептов в трудное положение. Мы можем истолковывать психофизические отношения в двух направлениях: с одной стороны речь может идти об основных общих положениях и их логической и эмпирической непротиворечивости и с другой — о пригодности этих положений для экспериментальной, научной эвристики.

Несомненно, что духовное и физическое я являются нераздельными в своем единстве; нет ничего более непосредственное, чем данность Я в его психофизическом единстве. Но при попытке познания, мы встречаемся с необозримой пропастью между психическим и физическим мирами. “В” нашем Я мы познаем только психическое бытие, “вне” нашего Я — только физические явления. Каждый мир имеет свои основные положения и ни один нельзя объяснить, исходя из другого. Эти миры абсолютно несопоставимы, ибо психические качества противостоят конечно-

му физическому качеству — движению массы. Временные соотношения (“сейчас”, “в следующий момент”) тесно связывают физические и психические явления. Хотя и можно изучать вегетативно-эндокринные, моторные и корково-мозговые изменения, которые входят во временные соотношения с ненормальными психическими состояниями, но объяснения своеобразия психической картины, исходя из своеобразия корково-мозговых изменений, не представляется возможным. Объяснение ненормального психического состояния может быть либо психологическим, либо его не может быть совсем.

Конечно, физические явления могут служить в качестве основы знания (но не объяснения) ненормального состояния и может иметь место обратное соотношение. Психиатрия все больше испытывает потребность в таком расширении познавательных возможностей. В этом смысле обращение к неврологическим процессам в большой психиатрии несомненно является полезным.

Но при этом необходимо учесть следующее: объяснение ненормальных психических процессов на основании этих церебрально-физиологических теорем невозможно. И господство этих теорем побуждает к критическому пониманию связанных с этим затруднений: физиология центральной нервной системы гораздо меньше известна, меньше поддается объяснению и проверке, чем опыт и наблюдение лежащей на поверхности, данной в своем единстве психической жизни. Существует естественный предрассудок, согласно которому выводят из произвольно конструируемых нейрофизиологических гипотез эвристические связи с ненормальными психическими явлениями. Практически в психиатрии обратный путь встречается гораздо чаще, и при этом он иногда не подвергается ясному критическому осознанию: мы узнаем, например, о деструкции коры головного мозга при параличе, исходя из психических данных, но столько же мало эти данные объясняют паралитическую картину в коре мозга, сколько и при обратном подходе.

2. Теория идентичности, которая сводит психические и телесные явления к единой основе не применима к эмпирическому исследованию.

Единая данность физических и душевных событий в одном и том же Я и закономерное временное соподчинение феноменов обоих миров приводит к учению, согласно которому постулируется идентичность психического и физического мира. Это учение соответствует философскому требованию принять единственную конечную основу бытия всех феноменов.

Ясно, что такое учение оказывается за пределами всякого опыта, то есть оно является метафизическим. Философский монизм противоречит феноменологическому дуализму интуиции. Идентичность самих феноменов не является проблематичной. Но об идентичности основ их бытия в каждом отдельном науч-



ном аспекте мы можем сказать не больше, чем что эти основы различны и никакой опыт при этом не может быть доступным. В эвристике исследования психофизическое учение об идентичности слишком легко приводит к тому, что познавательное специальное наблюдение психических явлений просто заменяется наблюдением физических феноменов, и таким образом мы приходим к грубому материализму. И мы уже видели, что определенное объяснение психического мира, исходя из физического, является невозможным.

3. Философское учение о предуготовленном психофизическом соподчинении ни в коем случае не соответствует эмпирической постановке вопроса.

#### а) Предуготовленная гармония Лейбница

Более глубокое и сильное возражение вызывает то понимание картины мира, которое принимает предустановленную гармонию: божественная воля или природа мирового порядка направляются с самого начала таким образом, что всему физическому в его настоящей данности соответствует психическое. Отсюда вытекает глубокое по смыслу учение Лейбница о всеобщем опыте. Если мы рассмотрим его с естественнонаучной точки зрения, то какой ответ мы получим? Мы спрашиваем, каким образом необходимое соподчинение друг другу физических и психических процессов можно представить, исходя из более общего закона. Учение о предустановленной гармонии не дает такого ответа! Все же оно говорит, что соподчинение, такое, каким оно является, изначально управляется сверхэмпирическими принципами. Таким образом оно снова повторяет, что соподчинение существует, но без объяснения.

И в наших специальных работах это учение не дает ответа на вопрос о взаимоотношениях между мозговыми процессами, сомато-конституциональными функциями — с одной стороны и психическими процессами — с другой.

#### б) Психофизический параллелизм

Новейшей разновидностью вышеназванного направления является господствующая в настоящее время теория психофизического параллелизма, или теория “двух сторон”, разработанная главным образом Фехнером и Вундтом. Согласно этим авторам “единая” реальность представляется нам при наблюдении “внутреннего” в качестве психического и наблюдения “внешнего” в качестве физического. При этом каждому физическому явлению соответствует психическое. Это соответствие не объясняется, а просто констатируется, а причинно-следственные связи отыскиваются только внутри психической и физической сферы, каждой в отдельности.

Это учение с научной точки зрения крайне неудовлетворительно. Представление о замкнутых психических причинных взаимосвязях хотя и является эвристически плодотворным (например, психодинамика Freud), но подробный анализ его ведет к представлению о всеобщей одушевленности. Это представление

приводит к замкнутой в себе тотальности психических явлений, которая имеет такие же объективные законы взаимосвязей (в независимости от индивидуального Я), как и в соответствующем физическом мире. Но если мы не примем, что каждое, доступное восприятие, физическое событие является одушевленным, то концепция параллелизма вызовет удивление, которое будет связано с разрывом всеобщей взаимосвязи (прежде всего психической). Таким образом всеобщая одушевленность является необходимым следствием психофизического параллелизма.

Это приводит нас к другим парадоксам. Причинное действие психического на физическое (и наоборот) исключается, имеет место только соответствие. Причинные связи внутри физического и психического миров имеют замкнутый характер. Так учит психофизический параллелизм. Отсюда следует, что психические процессы, в которых мы видим источники нашего поведения, не могут рассматриваться в таком качестве, и поиск причины внешних действий направляется опять же в сферу телесных процессов. в этом смысле оказывается справедливым и обратное следствие концепции психофизического параллелизма. Таким образом это учение превращает человека в автомат, отчасти с телесным внутренним механизмом, отчасти с психическим, без взаимных причинно-следственных связей этих механизмов.

Следуя этой теории соответствия можно пойти еще дальше: все возможные психические акты следует сопоставить с соответствующими физическими. Законы логики должны совпасть с законами распределения молекул в субстанции мозга, тем самым логика связывается с физическими событиями и в своих собственных нормативах оказывается слепым зеркалом. К предположению такой возможности приводит учение о параллелизме. Тогда должны быть простейшие неизменные и равные друг другу психические элементы, которые в своем содержании должны находиться в соподчинении с аналогичными элементами физической природы. Стало быть следует иметь в виду количественное соответствие. Но при этом пропасть между психическим и физическим сохраняется. Либо параллелизм сам себе противоречит, так как по сути не делает различий между психическим и физическим, либо он ничего не объясняет, только отмечая две параллельные области, связи между которыми остаются непонятными.

4. Принятие причинно-следственных взаимосвязей между физическими и психическими процессами может быть свободным от возражений. Все же всеобщая психофизическая каузальная теория таким образом не конструируется.

Нам не остается ничего другого, как пойти вслед за практическим опытом, в силу которого миллионы людей конструируют влияние физического на психическое (и наоборот) и отмечают это влияние в качестве причинно-следственной связи.



Причинность есть ни что иное, как форма мышления, посредством которого мы понимаем временное следование одного за другим двух событий в их постоянной взаимосвязи, как необходимой зависимости одного события от другого, согласно которой происходит актуализация второго события через первое. Мы можем заблуждаться в деталях. Но ни возможность заблуждения, ни различие событий не являются чем-то таким, что заставляет подразумевать необходимость некоей внешней силы, которая побуждала бы наше познание именно в каузальной форме мышления.

Посмотрим снова, что нас опять задерживает последовать естественному стремлению думать о причинно-следственной взаимосвязи между психическим и физическим мирами, хотя это представление соответствует опыту, отраженному в одном высказывании: *causa aequat effectum*. Этому высказыванию следует испытание естества со времен Helmholtz и Robert Meyer на основании закона сохранения энергии: внутри замкнутой физической системы сумма всей совокупной энергии остается постоянной. При этом, как только этот энергетический подход связывается с психофизической проблемой, естествоиспытатель сталкивается с непреодолимым затруднением: либо он должен “душевное” истолковывать как физическую форму энергии, но тогда эта форма должна трансформироваться в другую форму, и здесь являются необходимыми определенные количественные соотношения — если бы это было так, то психическое сводилось бы в конечном итоге к физическому и мы пришли бы тогда к энергетическому материализму; либо естествоиспытателю остается другой путь — принять следующее положение: где психическое связывается с физическим, там прекращается замкнутость физической системы, физическая энергия может исчезнуть и появиться вновь посредством психического события. Это противоречит положениям физики и вообще всему естественнонаучному опыту. Остается еще один путь — можно принять такое положение: закон энергии имеет место также и в церебральной физиологии, но первоисточник воздействия не связывается с этим законом, такое воздействие предполагается только в том смысле, что физические события обуславливают нечто психическое и психические процессы “вмешиваются” в физические. Это последнее предположение — источник без энергетического транспорта — кажется на столько парадоксальным, что представляется невозможным. Но подведем, например, предмет, обладающий определенной тяжестью, на нити. Ножницы, с помощью которых мы отрезаем нить, превращают потенциальную энергию подвешенного предмета в кинетическую энергию падения. Ножницы не добавляют энергию падения, но при рассечении “производят” падение. Таким образом, применение понятия причины возможно и при таких временных последовательностях — следст-

виях, которые не связаны с переносом энергии (Witasek).

Здесь оказывается, что наше знание обслуживается причинностью как формой мышления, именно там, где энергетический закон в узком смысле этого слова теряет свой смысл. Закон энергии имеет смысл настолько, насколько имеет смысл физикалистская теория. Но для психофизического соотношения физикалистская теория не имеет смысла. Но это еще не значит, что для данного случая причинные отношения невозможны. Только между двумя мирами существует пропасть без моста, психический и физический мир оказываются замкнутыми: то, что мы пытались определить, сконструировать, вычислить в качестве причинных соотношений между событиями двух миров, короче, снабдить эти соотношения всеми теми признаками, которые конструирует физикалистская теория в сфере физических взаимосвязей на основе энергетического закона, — все это оказывается неправомочным для психофизического соотношения в форме математического описания и тем самым, в виде конструктивной теории. Мы можем только констатировать психофизические причинные отношения, но мы не можем создать соответствующую теорию на единой основе.

Здесь имеет место связь с учением о замкнутости причинных взаимосвязей внутри физического мира, в котором для каждого изменения должен быть источник. Но возможность такого источника в физическом мире никак не определяется, поскольку понятие источника не определяется через представление об энергетическом законе. То же рассуждение имеет ценность и для понимания телесных источников психических процессов. Мы можем принять замкнутую причинность в психической сфере, но при этом мы перестаем понимать индивидуальный характер, то есть — суть психики, поскольку при этом всегда остается “эвристический пробел” для понимания непсихического источника.

Таким образом, установление психологической причины каждого психического феномена остается руководящей максимой для исследования, даже если мы знаем, что осуществление этой максимы оказывается невыполнимым, даже если нам известно, что физические события являются первоисточниками психических. И установление физических причинных связей как в сфере церебральных и прочих функций организма, так и в психической сфере предъясняет исследованию эвристические требования и тогда, когда мы знаем, что граница исследования не простирается дальше пределов достижимого, а также и тогда, когда нам известно, что мы не можем “объяснить” психическое этим способом. Неврологический и психологический компоненты исследования очень хорошо совмещаются друг с другом, если каждый из них является свободным от переоценки себя и умаления другой стороны.



## V. НАУЧНАЯ СТРУКТУРА ПСИХИАТРИИ

1. Психиатрическая диагностика может быть только конвенциональной.

В психиатрической работе должно существовать два направления. Они соответствуют двум совершенно отличным друг от друга задачам. Первоочередной практической задачей является классификация отдельных случаев, их истолкование, исходя из законов и правил. Практика жизни и задачи, перед которыми в каждом отдельном случае оказывается психиатр, приводят его к неизбежному и естественному предпочтению той самой научной систематики, которая определяет предсказание для данного случая его будущего и социально-нормативного отношения к нему (диагноз и терапия). Данные практические цели преследуются без ущерба для основополагающих представлений, которые используются применительно к каждому конкретному случаю.

Диагноз — есть индуктивная норма рядоположения и классификации отдельных случаев по таким правилам и законам, которые сами по себе представляются надежными. Эти диагнозы соответствуют единовременному уровню развития психиатрии и на самом деле нуждаются только в объяснении, которое может быть неоднозначным. Однако, оказывается существенным, что научная классификация отдельных случаев и их понимание оказываются правомочными в такой степени, в какой при данном понимании возможно обоснованное предсказание целесообразных реакций социального и индивидуального типа.

Конечно, этот вид и способ научного подхода к отдельному случаю душевного явления не оказывается единственным. Другие способы коренятся глубже и ближе соответствуют основным представлениям о человеческой духовнофизической индивидуальности. Но существует единственный способ, который непосредственно противопоставляет отдельных ненормальных субъектов обществу и общественному порядку и который тесно связан с практическими и социальными потребностями. С этой точки зрения диагноз в психиатрии имеет главное значение. Слишком легко впасть в заблуждение при постановке диагноза и установлении его перспективных, социальных и терапевтических следствий. Именно этим прикладным социальным значением определяется ценность научных положений, на основании которых ставится диагноз. Научные положения ни определяются, ни удостоверяются диагнозом. Сколько существует медицина, столько врачи ставят диагнозы. Научные положения диагностики в основном были необъяснимыми, догматическими и, вероятно, ошибочными. Независимо от этого применительно к каждому конкретному случаю оставалось представление об общей “картине болезни”, которое всегда было однозначным. Великие врачи раннего времени умели диагностировать и лечить не хуже современных врачей, однако научные

основы, которыми они располагали для практических целей были более догматичными и менее достоверными. Но для приложения тех самых научных оснований к отдельным случаям необходим целый ряд практических условий. Эти условия соответствуют состоянию науки, которая всякий раз представляется надежной.

Для практических целей в психиатрии, в первую очередь для постановки диагноза не требуется строгой архитектоники в применении вышеописанных основоположений и методов. Напротив, каждая эвристическая точка зрения, которая оказывается достаточной для практической цели, тем самым уже считается правомочной. Ни сбор материала для диагноза, ни следующее за этим заключение в психиатрии не требует конечной научной строгости.

Спутано ли сознание у больного или он является как бы оцепеневшим, ориентируется ли он в окружающей среде или нет, — подобные вопросы имеют чисто практическую ценность для диагноза и при этом нет необходимости обращаться к научным вопросам о психологических и непсихологических основаниях ненормальных процессов. Язык диагностики при этом является неточным и абстрактным, а конвенциональным, основанным на опыте, служащим для практических потребностей понимания и предназначенным для достижения социальных целей.

Психиатрическая диагностика является исходным пунктом для дальнейшего, свободного от практических целей научного исследования. Диагностика устанавливает предмет исследования и клиника оказывается материнской почвой для психиатрической науки.

2. Ведущим звеном в психиатрическом исследовании является психофизический структурно-аналитический персонализм. Он исследует детерминанты ненормальных психических явлений, как целостные функции и законы взаимоотношений между ними.

Совершенно иное направление имеет вторая задача в психиатрии. Практика психиатрии исходит из научных положений, не обращая внимание на их проблематичность. Но как раз такие проблемы и являются предметом исследования науки. наука спрашивает насколько научные представления подтверждаются практикой.

При работе над этой задачей также исходят из индивидуальных случаев. Эта работа не основывается на конвенции, она не “хочет” объяснить и пытается найти верную научную точку зрения. И эта точка зрения должна формироваться доказательным путем, необходимо исходя из тех признаков, которые по сути являются общими для всех объектов, подлежащих психиатрической обработке. Таким образом, исследовательские установки должны тесно взаимодействовать друг с другом в соответствии с предметом ис-



следования в психиатрии. Что же является общим для всех объектов в психиатрии? Это:

в вещественном отношении — совокупность фактов ненормального психического явления;

в формальном отношении — совокупность возможных условий его бытия и становления, равно как и возможных взаимоотношений между этими условиями.

Все психиатрические исследования естественно тесно связаны с областью фактов ненормальных психических явлений. В целом, как и в отдельности эти явления представляют собой предмет возможного психолого-аналитического описания и обработки, различные методы которых мы уже обсудили.

Но психиатрическое исследование связано с тем, что условие осуществления ненормального психического явления в каждом отдельном случае представляет собой структуру, которая сама по себе является ни чем иным, как продуктом рационализации личности, у которой данное ненормальное психическое явление появляется с его своеобразием и актуальностью для данного момента. *Vinbaum* имел персоналистические основные положения, которые здесь уже с необходимостью упоминались и которые он называл структурно — персоналистическими. При этом под структурой понимались условия в их взаимозависимости, разнородности и разной степени значимости для возникновения и формирования ненормального психического явления. Понятие структуры здесь употребляется в ином смысле, чем при нашем вышеприведенном изложении структурно-психологической точки зрения. Но все же эти понятия схожи между собой, так как и то и другое подразумевают некоторую совокупность или закон обусловленности детерминантов, соответствующих целостному образованию. При этом психиатрическое понятие структуры оказывается шире психологического понятия; оно охватывает также непсихические детерминанты — конституционально-биологические, предрасполагающие и экзогенно-соматические. Этот структурно-аналитический персонализм естественно оказывается формальным принципом психиатрического исследования. При этом должны быть найдены законы, в силу которых подбирается ряд детерминирующих факторов для объяснения бытия и формирования ненормальных психических явлений.

С этим формальным принципом психиатрия не скатывается к индифферентному кондионализму. Учение, согласно которому будто бы каждый процесс есть ни что иное как только сумма его условий, является ошибочным (*Vergorn*, 1912). Конечно, каждый процесс — в том числе и ненормальный психический — возникает в качестве жизненного процесса из целого ряда условий, совокупность которых никогда нельзя полностью обозреть. Но эти отдельные условия выступают с различной силой, разным способом действия и отношением к целому. Здесь господствуют прочные законы (*Rony*, 1913; *Martius*, 1914). И

эти законы открываются и исследуются в научной психиатрии.

Задачей исследования ненормальных психических явлений оказывается необходимость отличить следующее: можно ли объяснить эти явления с преимущественным привлечением психических или непсихических детерминант и в каком отношении эти детерминанты стоят друг к другу. В дальнейшем представляется необходимым детальное дифференцирование между различными психическими и непсихическими детерминантами. Среди непсихических детерминант, например, различают половые, расовые, возрастные и т.д., вплоть до индивидуальных врожденных детерминант конституции и, в противоположность им, индивидуально приобретенные детерминанты. Последние дифференцируются по тому, насколько они являются врожденными и приобретенными. Среди психических детерминант равным образом дифференцируются врожденные, развитые, приобретенные тенденции к реакциям, ситуативные или кататимные детерминанты и т.д. и т.п. Уже в настоящее время показано, как при этом способе оказывается возможным выход к клинко-нозологическим идентификациям.

Дальнейшее исследование дифференцирует эти условия в зависимости от их важности и способа действия. Здесь прежде всего речь идет о детерминантах “что” и “как”, о бытии и именно таком бытии психически-ненормальных актуализаций. Еще имеются условия, которым мы вообще приписываем ранг кардинального источника возникновения ненормального психического явления, более того — учитываются такие условия, которые являются кардинальными источниками происхождения одного, именно такого ненормально-психического явления; и далее — речь идет о таких условиях, которые детерминируют ненормально-психическое событие исключительно в отношении осуществленных в нем функций или его содержания. Есть целый ряд детерминант, которые вызывают уже предуготовленные ненормально-психические явления; далее — есть и такие, которые определяют готовность к тому, есть и такие, которые обозначают и актуализируют совершенно определенную готовность, которая таким образом получает преимущество перед другими готовностями.

*Vinbaum* подразделяет следующие детерминанты.

1. Патогенетические (производящие)

- а) непосредственные источники,
- б) предрасполагающие,
- в) вызывающие.

2. Патопластические (оформляющие) детерминанты.

- а) определяющие непосредственную функциональную готовность,
- б) определяющие содержание,
- в) преформирующие факторы “а” и “б”.

Эти различные факторы переплетаются друг с другом в различных закономерных связях. Законо-



мерность этих связей как раз оказывается личностной, то есть она соответствует специальному психиатрическому углу зрения, научному пониманию личности, — и эта закономерность с естественнонаучной точки зрения является типичной, то есть она определяет системную форму психиатрической науки.

Во избежание недоразумений, как, например, в руководстве Bumke, следует заметить, что понятия “патогенетического” и “патопластического” не являются противоположными и обозначают только степенные и ценностные различия детерминант. Патопластические условия также могут иметь генетически-причинное значение в отношении к зависимому от них ненормальному явлению. Если говорится нечто вроде того, что психические моменты могут определять патопластику психотической картины, но никогда не могут быть причиной психоза, то это высказывание нельзя считать точным. В дефиниции патопластики подразумевается и причинный момент для именно такого бытия психотической картины, неотделимого от ее бытия вообще. Дифференцирование патопластики и патогенеза оказывается полезным для систематизации причин относительно друг друга с учетом закономерностей. Заблуждение, что патопластика относится только к “содержанию” психоза, больше не может вызывать опасения.

Как раз личностно-структурный анализ до сих пор остается программным для психиатрического исследования. Эта задача еще далека от решения, и ответственность за нее связана со многими проблемами.

Структурный анализ в психиатрии питают клинические исследования неиссякаемой материнской почвы. От клинической психиатрии таким образом исходит описание всего того, что уже исследовалось или еще не исследовалось по структурно-аналитической программе. В отношении к данным пробелам психологическим методам исследования отводится самое значительное место.

Персоналистические рамки в психиатрии являются более узкими, чем клинические рамки болезней. Опираясь с детерминирующими факторами, персоналистический подход при исследовании заболеваний может учитывать только часть детерминант. Если бы исследуемый континуум исчерпывался бы известным патогенетическим понятием болезни в психиатрии, — что, как было показано выше, в основном не имеет места, — то этот континуум полностью был бы заполненным дефинициями в терминах структурно-аналитиче-

ского персонализма. Если для исследования имеется требование, чтобы каждому условию ненормально-психического процесса отводилось соответствующее место в целостной персоналистической структуре, то исследование перестает интересоваться вопросом, имеются ли в психиатрии действительно клинические факты бытия болезни, или же речь идет только о габитуальных формах. В том случае, если постулируется нозологическое единство, то на этом основании производится диагностика, и становится возможным каждый раз понимание — “правильное” или “неправильное”. Если представления о данности заболевания оказываются “правильным”, то они неизбежно включаются в систему структурного анализа, который соотносит их с детерминантами. Таким образом, верховным принципом и клинического и структурного способов исследования является следующее положение: то, что оказывается типичным, является законом или правилом. Различие же заключается в том, что клиника сводит под различными точками зрения однородное к габитуальным формам и гипотетически привлекает для последних понятие болезни, фундирование которого в каждом отдельном случае опирается на тот же принцип сходства. Психиатрический персонализм наоборот пытается учесть все условия данного ненормального психического явления в свете представления о том, что эти условия подчиняются типичным правилам. Но тем самым психология и ее методы, как представлено выше, приобретают далеко идущую значимость при введении их в клинику. Индивидуальная психология, психология каждого конкретного случая, становится исходным материалом, выходящим за пределы описания симптомов. За этим следует функциональная и душевно-динамическая детерминация. Основания для этого континуума дефиниций ненормально-психического события, — способы проявления и взаимосвязи, — заложены в структурных, диспозиционно-теоретических и характерологических моментах и требуют психолого-динамического включения. Только после решения данной задачи, которого требует каждый ненормальный случай, вступают в силу персоналистические фундаменты непсихической природы — конституционально-биологические, наследственные, церебрально-патологические и т.п. Особенно важно для понимания целостной патопластики то, что она вообще не может быть исследована без всеобъемлющей психологической работы.



## Как “простой” диагноз может подтвердить решение исторического спора

Семинар ведет А. Ю. Магалиф (16 мая 2002 г.)  
Врач-докладчик М. А. Парамазов

**Ведущий:** Сегодня в очередной раз мы будем консультировать пациента без предварительной подготовки, имея только сведения с его слов и данные некоторых обследований. Такая форма семинара максимально приближает нас к каждодневной врачебной практике, приучает использовать в основном феноменологический подход.

Вашему вниманию представляется больной Н., 1978 г. рождения. Поступил в нашу больницу вчера 15 мая в 23.45. Это первичный больной.

**Анамнез.** Все сведения со слов больного. Родился в Москве. Единственный ребенок в семье. Мать — инженер, отец работал фотографом-художником на Мосфильме. Родители развелись, когда больному было пять лет. Отношения с матерью теплые, доверительные, характеризует ее “самым обычным среднестатистическим человеком”. Психически больных в роду не было, родители алкоголем не злоупотребляли.

Родился в срок, но с частичной дисплазией мышц плечевого пояса и межреберных мышц слева. В детстве перенес скарлатину, частые простуды, дважды воспаление легких. В 17 лет болел краснухой, без осложнений. В 1988 и 1989 годах госпитализировался в связи с хроническим гастритом и хроническим дисбактериозом кишечника.

Детский сад не посещал, воспитывался дома. В школу пошел с семи лет. Окончил десять классов. Успеваемость была посредственная, как у “твердого троечника”. Лучше успевал по точным предметам, гуманитарные предметы, особенно языки, давались с трудом. С поведением проблем не было. Друзей всегда было мало, рос необщительным. Увлекался только детской и приключенческой литературой.

После окончания школы в 1996 г. сразу поступил на вечернее отделение Московской академии приборостроения и информатики на вечернее отделение. Одновременно работал курьером. Через два года был отчислен за неуспеваемость и прогулы, и в течение года не учился и не работал. Затем восстановился в Академии, но менее чем через год был вновь отчислен, так как не смог найти общего языка с однокурсниками, “сложилась нездоровая обстановка”. Не работает и не учится с 2000 года. В 1997 году от сердечного приступа умер отец. Больной унаследовал его

квартиру и продал ее. Денег хватает до сих пор хватает, поэтому “стимула к работе нет”, а “за сто баксов” нигде работать не хотел. Проживает с матерью. Не женат. От службы в армии освобожден по состоянию здоровья и в связи с тем, что является единственным ребенком у матери, достигшей пенсионного возраста. Употребление алкоголя и наркотиков категорически отрицает. Увлекается рок-музыкой и компьютером. В июне прошлого года был ограблен и избит, однако черепно-мозговых травм не получил. Психиатрами ранее никогда не наблюдался. По словам больного год назад, слушая концерт по радио, услышал как диджей студии “Динамит FM” пропел фразу: “Эй, одnogрудый, иди сюда!” Насторожился и много думал о том, что эта фраза может иметь отношение лично к нему. Стал замечать, что окружающие знают о его физическом недостатке, подсмеиваются над ним. Месяц назад, купив CD-Rom с записью клипов Мерлин Менсона, увидел на упаковке стилизованное изображение человека с асимметричной грудью, а среди записей диска обнаружил песню под названием “Убей супермена”. Решил, что изображенный человек, супермен — это он сам, и расценил выход диска как подстрекательство к его убийству. Испытывал страх за свою жизнь и принял решение защитить свои права. Целый месяц собирал сведения о фирмах, выпустивших диск и оформивших его дизайн, с целью обращения в суд. Разбойное нападение на него год назад связал с происками тех, кто выпустил диск. Постоянно носил с собой электрошокер и разделочный нож. 15 мая, написав заявление с требованием возбудить уголовное дело против указанных фирм, явился в управление по борьбе с организованной преступностью. Имел при себе полный комплект документов, включая свидетельство о расторжении брака родителей, охотничий билет и сто долларов с оторванными уголками и прожженной дырой в середине. Принес с собой нож и электрошокер. Сотрудники управления вызвали дежурного психиатра, и больной был стационарирован.

**Соматический статус.** Отмечаются высокий рост и диспластическое телосложение. Выраженной атрофии мышц плечевого пояса, повреждений нет.

**Неврологический статус.** Очаговых поражений ЦНС при предварительном осмотре не выявлено.



**Психический статус при поступлении.** Ориентирован правильно. На беседу пришел сам. Настроение снижено, несколько напряжен, тревожен, подозрителен. На вопросы отвечает после паузы, уклончиво, полностью не раскрывает своих переживаний. Мимика бедна. Обманов восприятия не выявляется. Постоянно возвращается к теме преследования его некими злоумышленниками. Высказывает предположение, что тут замешаны большие деньги: его хотят убить, чтобы он не предъявлял свои права на доходы с продажи диска. Паралогичен, не может объяснить, почему считает себя человеком, который изображен на обложке диска. Не обращает внимание на замечание, что вероятно не он один имеет такие особенности строения тела. Не может объяснить, откуда окружающие знают о его недостатке. Постоянно подчеркивает свою необычность, непохожесть на других в физическом плане. Считает, что его недостаток имеет определяющее значение для его судьбы, вызывает трудности в общении и в приеме на работу, так как “даже в объявлениях пишут, что нужны только красивые люди”. Слежку за собой и какое-либо постороннее воздействие отрицает. Монотонен, склонен к бесплодному рассуждательству. Эмоционально невыразителен, однообразен. Интеллект и словарный запас в целом соответствуют полученному образованию и возрасту. Постоянно интересуется сроками своего пребывания в психиатрической больнице. Считает себя совершенно здоровым. Заявляет о готовности нести полную ответственность за свои действия. Формально высказывает желание продолжить образование, найти работу. Дал согласие на обследование и лечение, но считает стационарирование недоразумением. Говорит: “Почему они так со мной поступили? Они же просто могли мне отказать в возбуждении уголовного дела”. Активно против стационарирования не протестует.

**Психологическое обследование.** Обследуемый ориентирован в полном объеме. Доступен формальному контакту. Свои переживания раскрывать не склонен. Напряжен, осторожен, скрытен. Считает себя здоровым. Причину госпитализации назвать не может. Мотивация к проведению обследования формальная. Инструкции понимает, задания выполняет адекватно. Работает в нормальном темпе. Истощаем. Результатами обследования не интересуется. По объективным данным отмечается колебание уровня внимания, а также нарушение его распределения. Объем внимания в пределах нормы. Показатель непосредственного запоминания в норме: 7, 9, 10, 9, реминисценция — 5 слов из 10, что значительно ниже возрастной нормы. Опосредованное запоминание доступно. Эффективность — 90 %. Процесс опосредования протекает в нормальном темпе без выраженных трудностей. Образы в целом адекватны по смыслу, отражают актуальные переживания. Отмечается один неадекватный образ: на слово “Я” рисует себя с колесом. Объяснить, что это за колесо и зачем оно, не может. Мышления

характеризуется сохранностью формальных характеристик и доминированием категориального способа решения мыслительных задач. Отмечаются единичные случаи актуализации латентных связей. Так в методике “Четвертый лишний” испытуемый исключает весы, а остальные предметы — градусник, очки и секундомер объединяет, как сделанные из стекла. Толкование пословиц доступно. Эмоционально-личностная сфера характеризуется состоянием внутреннего напряжения, скрытностью, настороженностью, подозрительностью, отгороженностью, раздражительностью, не критичностью. Проективные методики выявляют выраженную паранойяльность, неадекватно завышенную самооценку, агрессивность, мизантропическое отношение к социуму, возможны трудности в сексуальной сфере. Таким образом, по результатам психологического исследования на первый план выступают шизоидные особенности ассоциативного процесса, субъективизм, эмоциональная обедненность образов, элементы фрагментарности, а также паранойяльность, отгороженность, не критичность на фоне сохранности формальных аспектов мышления и снижения непосредственной памяти.

**Ведущий:** Вы сказали “паранойяльность”, “шизоидность”. Это психиатрические термины. В психиатрии “шизоидность” имеет разное значение: шизоидность в рамках психопатии или шизоидность как некий предвестник шизофренического процесса? Вы это больше к процессу относите? — Больше к психопатии. Нельзя сказать, что это процесс, имеются лишь какие-то отдельные фрагменты. У него нет ничего ярко выраженного шизофренического. — *Опора на латентные признаки есть?* — В единичном случае.

## БЕСЕДА С БОЛЬНЫМ

— Здравствуйте. Проходите пожалуйста. У нас расширенная консультация. Вы не возражаете, что мы с Вами побеседуем? — *Я не возражаю.* — Сколько Вам лет? — *Двадцать три.* — Вы поступили в больницу сегодня или вчера? — *Вчера в 11 часов.* — Вы сразу поняли, что Вас везут в психиатрическую больницу? — *Да.* — Вы обратились с заявлением в отделение милиции? — *Да.* — Вас просили подождать? — *Да.* — Вас заперли в камере? — *Нет, меня не запирали. Со мной в одной комнате остались трое оперативников. Я не мог покинуть комнату без их согласия.* — Они находились там специально, чтобы Вас сторожить? — *Я, к сожалению, не знаю.* — Потом приехал врач и задал ряд вопросов? — *Да.* — Он представился? Сказал, что он психиатр? — *Нет.* — Затем Вас попросили сесть в машину и приехать сюда? — *Мне завязали руки сзади.* — Вы сопротивлялись? — *Нет.* — А зачем завязывали руки? — *Я не знаю.* — Кто завязывал? — *Помощник врача.* — Если бы Вам сказали, что нужно ехать в психиатрическую больницу, Вы бы поехали? — *Нет.* — Вы бы сопротивля-



лись? — Я бы не стал сопротивляться. — Почему? — Я не привык сопротивляться властям. — Но врач, это не власть. — Сотрудникам милиции. — Когда Вас привезли в приемный покой, Вы сразу поняли, что это психиатрическая больница, или у Вас были сомнения? — Я сразу понял это. — На Вас производит какое-то впечатление то, что Вы находитесь в психиатрическом отделении? — Я был несколько удивлен таким приемом. — Что Вас удивило? — Я думал, что они встанут на мою сторону. — Кто? — Оперативники. — Вы думали, что они Вас не отдадут? — Я думал, что они примут мою сторону в данном конфликте. — Вы думали, что оперативники примут Вашу сторону там, в милиции. А здесь они есть? — Тут их нет. — Здесь врачи, а в отделении Вы их видели? — Оперативников, да. — Я имею в виду больничное отделение, а не отделение милиции. В больнице Вы их видели? — Нет, не видел. — Вы понимаете, что окружающие Вас в больнице люди больные? — Иногда это можно определить визуально. — Они обратили на Вас внимание, когда Вы появились в больничном отделении? — Я бы не сказал, что они уделили мне какое-то особое внимание. — Вы сами по себе, а они сами по себе? — Что-то вроде того. — Вы ведь считали, что окружающие люди знают о Вашем физическом недостатке? — Да. — Здесь в больничном отделении, люди тоже видят этот недостаток? — Они сейчас его не видят. — Но Вы находились несколько часов в отделении, они знают об этом недостатке? — Больные или врачи? — Больные. — Я не знаю, как больные, а врачи, наверное знают. — Почему Вы думали, что люди на улице могут об этом знать? — На пляже приходится раздеваться, на приеме у врача тоже. — Но ведь угроза была на улице? — Да. На меня было совершено разбойное нападение в июле прошлого года. — Что это было за нападение? Опишите его. — На меня напали несколько неизвестных мне граждан. Повалили, стали избивать. — В какое время это было? — Ночью. — Где это случилось? — На улице. — Что это были за люди? — Подростки, примерно одного возраста со мной. Я заметил, что на одном из них не было ни рубашки, ни майки, он был по пояс голый. — Они подошли и сразу набросились? — Да. Они ни о чем меня не спрашивали, сразу стали избивать. — Они Вас ограбили? — В какой-то мере. Если бы не подоспевшие сотрудники милиции, меня бы наверное ограбили. — Вы обратились в милицию, написали заявление? — Да. — Его приняли? — Да, приняли. — А потом? — Поскольку я не смог никого опознать, потому что было темно, то я не мог оказать помощи милиции. — Это был единственный случай? — Такого рода, да. — После этого случая Вы стали замечать особо пристальное к Вам внимание? — До этого я тоже наблюдал пристальное к себе внимание. — Со стороны кого? — Некоторые люди обращают на меня внимание, хотя я не понимаю, почему они это делают. — Вы помните, когда впервые это заметили? — Последние несколько лет это про-

должается постоянно. Скорее, года два последних. — В школе было? — Возможно и было, но было выражено слабо. — Это Вы сейчас так думаете? — Я тогда не обращал внимания на такие подробности. — Все люди подросткового возраста придают значение своей внешности, Вы тоже придавали этому значение? — Да, для меня это важно. — Вы замечали насмешки в отношении Вас? — Прямых насмешек не было, по крайней мере среди тех кто со мной учился. — Люди знали, что у Вас врожденный недостаток? — Я вообще-то это скрывал. — А на уроке физкультуры? — Это не было заметно. — Значит во время обучения в школе в этом отношении было спокойно? — Относительно спокойно. — И в институте? — В принципе, да. — Вы по характеру менялись? — Я был раньше более закомплексован. — Когда? — Например, когда учился в школе. — С детства такой? — Да. — А в чем проявлялась Ваша закомплексованность? — Мне было сложнее общаться, я был более замкнутым. — У Вас не было друзей? — Друзья у меня были всегда. — В чем же тогда это проявлялось? — Был определенный момент в моей жизни, когда я остался один, когда я отходил от одной компании и переходил в другую. — Эта компания была в классе или во дворе? — И во дворе, и в школе. — Вы когда-нибудь дрались? — Нет. Я не люблю насилие. — Вы принимали участие в шумных играх? — Нет. — На физкультуре Вы могли себя как-то проявить? — Я всегда был достаточно слабый. — Но подтянуться хотя бы один раз могли? — Естественно мог. — На велосипеде ездили? — Да, конечно. — В чем же заключалась Ваша замкнутость? — Я не знаю. — Вы любите играть в футбол? — Да. — Это коллективная игра. Товарищи принимали Вас в игру? — Да, конечно. — Прогоняли Вас, смеялись над Вами? — Нет, такого не было. — Вы ловкий? — Я бы не сказал, что я ловкий. — Может быть Вас уважали за начитанность? — Я не могу сказать, что я начитанный человек. — Вы говорили, что увлекаетесь компьютером. У Вас есть компьютер? — Да. — Что Вам интересно, игры компьютерные, Интернет? — Мне интересно все. — Чините компьютер? — Собрать компьютер я могу, починить нет. — Зачем он Вам нужен, Вы же не работаете, не учитесь? — Это просто полезная штука. — Но она стоит и пылиться? — Я на ней работаю. — Что Вы делаете? — Иногда слушаю музыку, иногда смотрю фильмы. — В компьютере? — Да. — Это Интернет? — Нет, в Интернете фильмы смотреть не удастся, потому что скорость работы модема не позволит. — А почему нельзя в прокате взять кассету? — Я и в прокате беру. — Я спрашиваю это потому, что Вы говорите об увлечении компьютером, но не можете объяснить, зачем он Вам нужен — Для себя, для души, для развития. Чтобы я мог научиться работать на компьютере, может это пригодиться мне. — Вы читаете литературу по компьютерам? — Да, у меня много литературы. — Последние два года Вы нигде не работаете и не учитесь? — Да. — Как Вы мыслите себе дальнейшую



жизнь? — Я пойду работать. — Куда? — Мне сейчас все равно. — Что Вы умеете? — Я могу пойти работать грузчиком. Я в принципе согласен на любую подходящую работу. — Что значит подходящая работа? Вы говорили доктору, что за сто баксов не пойдете. — Я думаю, что смогу найти работу. — Почему же не нашли так долго? — Я еще не искал. — Как проходит Ваш день? Во сколько Вы просыпаетесь? — Все зависит от того, во сколько я ложусь. Если я ложусь в три часа ночи, то я не смогу встать рано. — А что Вы делаете до этого? — Если я поздно прихожу домой, надо пообедать. Потом обязательно находятся какие-то мелкие дела. — Какие? Вы смотрите телевизор до самого конца? — Я телевизор последнее время смотрю довольно редко. — В три часа ночи Вы ложитесь, встаете в двенадцать. Что Вы делаете дальше? — Я не всегда встаю в двенадцать часов, я иногда и в семь встаю. Занимаюсь делами, которые на данный момент имеются. — Кто Вам готовит? — Я сам готовлю. — Мама Вам не готовит? — Нет. Процесс приготовления пищи я осуществляю сам. — Почему? Мама живет сама по себе, а Вы сами по себе? — Я бы не сказал, что она сама по себе живет. Просто это не всегда совпадает. Я иногда поздно возвращаюсь, и мы не совпадаем по времени. — Мама работает? — Да. — Кем? — Инженером. — Сколько ей лет? — Она пенсионного возраста. — Она покупает продукты, или Вы сами ходите в магазин? — Я тоже хожу в магазин. — Знаете, сколько стоит хлеб? — Около шести рублей. — А масло? — Тридцать рублей подсолнечное. — А мясо? — В зависимости от мяса. — А молоко? — От десяти до двадцати рублей. — Эти продукты Вы покупаете? — Да. — Суп себе сварить можете? — Я не варю суп. — Яичницу поджарить сможете? — Да. — Картошку сварить? — Да. — А мамиными продуктами Вы пользуетесь? — Иногда. — Вы с ней общаетесь? — Да, конечно. — О чем Вы с ней разговариваете? — Обо всем. — О жизни? — Иногда. — Маму беспокоит, что Вам двадцать три года, а Вы достаточно давно не работаете и не учитесь? — Я думаю, что пока не о чем беспокоиться. — Неужели? Сын давно закончил школу, попытался учиться в одном месте, в другом, все бросил. Маму это беспокоит? — Я думаю, что да. — Вы с ней это не обсуждаете? — Нет. — Вы с ней спокойно общаетесь, или иногда бывают скандалы? — Я не люблю скандалить. — У Вас все началось с того, что, слушая музыку, Вы услышали фразу, которую истолковали как намек? — Там была такая фраза: "Эй, одногрудый, иди сюда". — Мы здесь все доктора, можно Вас посмотреть немножко? — Да. (Больной раздевается, и ведущий его осматривает) — Одногрудым Вас назвать нельзя. Опущенное правое плечо, но мускулатура достаточно выражена. — У меня здесь отсутствует левая мышца груди. — Это не грудь. Если бы здесь не было мышц, Вы бы этой частью груди не дышали. Почему же Вы одногрудый? — Я не могу судить о таких вопросах, я не специалист. — Почему же Вы

тогда утверждаете? — Я знаю, что у меня отсутствуют мышцы левой груди. — Я бы сказал, что не отсутствуют, а слабо развиты мышцы левого плечевого пояса, но никак не грудные. — По моему данная мышца называется грудной. — Это не заметно, даже когда Вы раздеты, иначе это было бы известно еще когда Вы учились в школе. — К сожалению, я не могу выставить претензию к этому радио, потому что я не записал этого. — Откуда им стало про Вас известно? — Я не знаю. — Но дальше все нарастало как снежный ком? — Да. — Нарастало в течение какого срока? — Наверное в течение последних двух лет в особенности. — Когда Вы услышали эту фразу по радио? — В 2000 году. — А перед этим было что-то необычное, может быть какое-то удрученное настроение? — Я бы не сказал, что было что-то особенное. — Вы сидели, слушали музыку, и вдруг такая фраза? — В принципе да. — Вы просто услышали и так истолковали? — Да. — Один раз сказали и все? — К сожалению, я только один раз слышал подобную фразу. — Но дальше было что-то еще, даже в средствах массовой информации прозвучало, так я Вас понял? — Да. — По телевизору? — Нет, это радио. — Вас ругали, оскорбляли? — Можно сказать, что было оскорбление. — Это было только про Ваш дефект? — Да. — Говорили, что человек с таким дефектом не имеет права существовать? — Я таких высказываний не слышал. — Намекали или говорили в открытую? — Намекали и говорили в открытую. — Можете привести пример? — Это довольно сложно. — А потом еще и напали? — Да. — Тут-то Вы и решили, что это нападение не просто, что кто-то его подготовил? — Да, наверное. — С момента нападения Вы стали замечать, что на Вас обращают внимание? — С этого момента. — Скажите, в чем это проявлялось? Вы идете в магазин, едите в метро, ходите по улицам, что происходит? — Мне казалось, что некоторые люди, которые не могли меня знать, обращали на меня внимание. — Как? Они смотрели на Вас, пальцем показывали? — Иногда смотрели, иногда подсмеивались даже. — Называли Ваше имя? — Нет. — Это были одни и те же люди? — Я не думаю, нет. — Вы не видели, что они за Вами следят? — У меня таких данных нет. — Например, за Вами едет машина? — Нет. — Вы знаете, что такое слежка? — Знаю. — В Вашей квартире не было каких-нибудь подслушивающих устройств, или воздействующих на Вас? — Мне о таких устройствах ничего не известно, я их не находил. — Искали? — Нет. За Вами каким-то образом наблюдали? — Я не могу сказать, что за мной наблюдали. — Тогда что же было? — Были отдельные факты. — Пока Вы рассказали только два факта. Один факт — Вы услышали: "эй, одногрудый", второй факт — на Вас напали подростки. Какие еще факты? — Я пришел в милицию подать заявление. — Это было уже через год. А в течение этого года какие еще факты? — Я не могу сейчас привести более конкретных примеров. — А что же Вы тогда могли написать в заявлении? — У меня были за этот



год некоторые неприятные встречи. Я не могу сказать прямо, что меня вели какие-либо органы, но некоторые люди были мне неприятны. — Чем? Они поджидали Вас в подъезде, на улице? — Нет. Просто если я куда-то ехал, соседи в поезде могли быть мне неприятны или вызывать подозрение. — Чем? — Своим поведением, манерой поведения. — Что именно? Они на Вас странно смотрели, что-то про Вас говорили? — Я таких людей иногда отношу к криминалу. Некоторые люди даже нарывались на скандал со мной. — Если человек идет в милицию, значит он предполагает угрозу для себя. — Обычно человек в таких случаях предчувствует угрозу для своей жизни. — Именно жизни? Вас могли убить? — В принципе, да. — За то, что у Вас врожденный маленький незаметный дефект? — Я не знаю. — Идете в милицию с заявлением и говорите “не знаю”. — В принципе, наверное могли. — За что? — Хотя бы за этот дефект. — Кому он помешал? — Я думаю, что здесь действительно могут быть замешаны крупные деньги. — Расскажите. — Если подобные диски выпускаются, говорят подобные вещи по радио, значит это кому-нибудь нужно. — За это заплачено много денег? — Наверное, да. Просто так никто этого делать не будет. — Вы какой-то особый человек, избранник? — Мессией я себя не считаю. — Вы к этому иронически относитесь? — Да. — Вы верующий человек? — Да, я верю в Бога. — Вы православный? — Скорее я верю в того Бога, которого описал Иоанн Богослов в своем откровении. — (Из зала: “Мерлин Менсон — сатанист”) — Вы обрили голову для маскировки? — Это никак не связано с этим. — В парикмахерской побрили? — Я сам брил. — Как? — Обычной бритвой. — Электрической? — Нет, обычной. — Не порезался? — Нет. — У Вас было подавленное настроение? — Нет. — Тоска была? — Может была когда-то, но постоянной подавленности я не ощущаю. — А страшно было? В милицию пошел, значит страшно было? — Любому человеку бывает на определенном этапе страшно. Но я считаю, что этот страх надо перебороть в себе. — Например, идете вечером домой, — страшно? — Да, страшно. — А если днем? — Иногда страшно. — Никогда не замечали, что пахнет чем-то странным, необычным? — У меня очень плохое обоняние. — Никогда не замечали воздействия на себе чего-то? — Нет. — Бывало так, что Вы знали, что Ваши мысли известны? Подумаете о чем-нибудь, а люди, которые на Вас странно смотрят, знают о чем Вы думаете? — Я не знаю, вполне возможно. — Были такие ощущения? — Очень легко создать ложные ощущения. Иногда бывают у каждого человека подобные ощущения. — Вы можете передавать мысли на расстояние? — Я не считаю себя телепатом. — Знаете про таких людей? — Да. — Скажите, чем орел отличается от самолета? — Самолет это — механизм, который летит посредством топлива, поступающего в двигатели под управлением пилота. — А орел? — Это живое существо. — И что? — Со-

ответственно это не механизм. — А в чем их сходство? — И те и другие летают. — Вы написали заявление в милицию. Вы не возражаете, если мы его процитируем? — Я могу сам зачитать. — Пожалуйста. — Заявление о возбуждении уголовного дела. 27 мая 2002 года я обнаружил на диске Мерлин Менсона рисунок, на котором приведены мои особые приметы — отсутствуют мышцы левой груди. Ссылаясь на приведенную на том же диске песню “Мистер супер звезда” я пришел к выводу, что моей жизни угрожает непосредственная опасность. Прошу Вас возбудить уголовное дело согласно ст.119 УК РФ в отношении ответственных лиц фирмы “Навигатор программы 2000”. — Это одно заявление? — Да. — Если бы милиция Вам отказала в приеме такого заявления и возбуждении дела, Вы бы не приехали в больницу, что бы Вы делали? — Я бы искал другие законные методы, чтобы привлечь эту фирму к ответственности. — Например? — Я бы мог подать против нее гражданский иск или попытаться оспорить решение. — Вы маму поставили в известность об этом? — Да. — Вы с ней долго обсуждали эту проблему? — Не очень долго. — А что она Вам сказала? — Насколько я понял, она не имеет возражений. — Ведь Вы полтора года это с ней обсуждаете? — Я не обсуждал так долго с ней этот вопрос. — Она Вас понимает, поддерживает, знает, что Вы пошли в милицию относить заявление? — Знает. — Какие вопросы у врачей?

**Вопросы из зала:** — У Вас было намерение заниматься туризмом для компенсации своего дефекта? — Это действительно нежелательный дефект, это тормозило мои стремления к занятию спортом. Я не хотел накачивать одну половину тела, когда другая будет только увеличивать дефект. — Какие фильмы Вы просматриваете, в какие компьютерные игры играете? — Я довольно много попробовал игр, фильмов посмотрел. — Вы любите триллеры? — Я не люблю триллеры, моя любимая вещь это фантастика. Я не люблю насилие. — Вы продали квартиру отца. Появились большие деньги. Были какие-нибудь угрозы? — Я узнал об этом только после продажи квартиры. — О чем узнали? — О том, что мне угрожает опасность. — Деньги входят в Ваши рассуждения об опасности? — Я никакой связи здесь не вижу.

— Вы обращались в фирмы, которые выпускали эти диски? — Я не смог найти эти фирмы. — Если бы Вы их нашли, Вы бы попросили у них финансовую компенсацию за то, что использовано Ваше изображение? — На сколько я понял фирма не заинтересована, чтобы встречаться со мной. — Из всего населения планеты именно Ваше изображение было на диске? — Я считаю, что мои права при всех возможных совпадениях тоже ущемлены в данном случае. — Вам просто не заплатили? Вы это имеете ввиду под правами? — Я имею ввиду моральный ущерб, который нанесен таким способом. — А в чем Вам нанесен моральный ущерб? — Понимаете, это унижает мое человеческое достоинство. — Что унижает? — По-



добный рисунок и песня тоже. — Вы убеждены, что Вы имелись в виду, а не другие люди? — *Я не уверен, что это было сказано не в отношении меня.* — С какой целью Вы искали эти фирмы? — *Я просто хотел поговорить с ними.* — На какую тему? О больших деньгах? — *Я не считаю, что это были большие деньги.* — С чьей стороны исходила опасность? Почему Вы целый год носили с собой электрошокер и нож? — *Я не могу назвать определенное лицо, но есть люди, которые бы хотели.* — Откуда эти люди, из коммерческих организаций, выпускающих диски? — *Мне это неизвестно.*

— Вы побрили голову, чтобы быть похожим на то изображение? — *Нет.* — Если бы Вы были с волосами, Вы были бы похожи на него? — *Я не стремлюсь быть похожим на Мерлин Менсона.* — Человек на обложке был с бритой головой? — *Да, но это не относится к делу.* — Но Вы считали, что это Вы изображены на обложке? — *Нет, меня не было ни на какой обложке.* — Что же тогда так привлекло Ваше внимание? — *Схожие особые приметы.*

— Вы не думали завести семью, у Вас есть подруга? — *Вы знаете, подобные утверждения, которые распространяются подобными фирмами сильно расстраивают мои планы.* — Неуверенность создают? — *Отпугивают потенциальных претендентов.* — Но разве все могли видеть этот диск? — *Я не знаю, все ли девушки могли видеть этот диск, но некоторые люди видели, он достаточно широко продается.*

— Вы в какие-нибудь организации за помощью обращались, кроме милиции? — *Нет.* — А как Вы пытались найти фирму, выпустившую диск? — *Я отправил им электронную почту, где попросил связаться со мной. Но вразумительного ответа я не получил.* — Какого характера было Ваше обращение? — *Я попросил указать, как с ними можно связаться. Они мне не ответили.* — Вы говорили, что Вас могут лишиться жизни за большие деньги? — *Боюсь, что здесь есть большие деньги.* — Большие деньги за продажу дисков? — *Я мог своей деятельностью нанести вред или повлиять на какие-либо другие структуры.* — На какие? ФСБ? — *Не думаю.* — Правительство? — *Все может быть, я не знаю.*

**Ведущий:** Какие у Вас к нам вопросы? — *Долго меня будут здесь держать?* — Мы во всем разберемся и Вам поможем.

## ОБСУЖДЕНИЕ

**Врач-докладчик.** В данном случае мы имеем дело с хорошо выраженным и сформированным паранойяльным синдромом. Возникает вопрос: в рамках какого заболевания развился этот синдром? Пациент из преследуемого скоро превратится в преследователя. Имеет место длительная хроническая психогения, которая у такой своеобразной шизоидной личности могла спровоцировать развитие паранойяльного состояния. Однако это, скорее всего, теоретически, потому

что статус больного, формальность, закрытость, аморфность мышления, паралогичность, эмоциональная выхолощенность и нелепость высказываний, говорят в пользу того, что это эндогенный процесс, переход к параноидной стадии развития бреда. Ведущий: *Чем будете лечить?* — Лечить будем нейролептиками. Пока он носит с собой нож и готов в случае чего им воспользоваться, лечить его необходимо. — *До какого момента надо лечить такого больного?* — До появления хоть какой-то критики. Чтобы он сказал: “Пожалуй это изображение относится не ко мне”. — *Добьемся такого?* — Постараемся. — *Какой препарат Вы выберете для лечения?* — Я бы в данном случае попробовал сероквель. Он бы успокоился, выспался. — *Доктора, как вы относитесь к этому препарату?* — Хорошо. — *Как к антибредовому?* — В том числе. — *Его можно сравнить с азалептином?* — Нет. Азалептин быстрее, мощнее.

**А. В. Павличенко.** Я согласен с доктором, что в клинической картине ведущим является паранойяльный синдром. Что в статусе? Настороженность, подозрительность. Учтив, даже чрезмерно. Остается малодоступен, диссимулирует. То, что он рассказал несколько часов назад доктору, сейчас скрывает. Статус паранойяльный. Теперь о развитии болезни. Что было первично? Какова динамика негативных и продуктивных расстройств в рамках шизофрении? Что сейчас из негативных расстройств? — В течение трех лет он не работает, не учится. Весь его день состоит неизвестно из чего, он не может сказать ничего конкретного. Уже сформировался шизофренический дефект. Теперь о продуктивных расстройствах. Возможно, два года назад был дебют, своеобразное бредовое озарение. А в течение многих лет была симптоматика фиксированности на своей идее. Мне кажется, это сверхценная идея. Может быть, даже сверхценный бред. Здесь классическая динамика бредового синдрома. На тематику бреда повлияло сверхценное отношение к его физическому дефекту. По механизму бредового озарения возникает интерпретация того, что слышит по радио. Главный механизм его бреда — кривая логика. Через несколько месяцев его избили. Эти факты он связал. После бредового озарения идет “бредовая работа”. Идеи отношения в общем-то не сформированы. Все-таки на протяжении двух лет можно было бы ожидать большей систематизации бреда. Это ближе к интерпретативному бреду притязания. — *Почему притязания?* — Потому что — ущемление его моральных прав. Тут все останавливается на рамках его физического недостатка. Он из стадии пассивного преследуемого преследователя переходит в стадию активного преследуемого преследователя. Он начинает вести работу, выяснять свои права. Мне кажется, что картина может остаться в рамках паранойяльного синдрома. Здесь нет предикторов того, чтобы статус стал параноидным. И тема монотематическая с расширением. Это может остаться на стадии кристаллизации бреда, потом — стереотипи-



зация бредовых структур. Это может произойти через двадцать-тридцать лет. Но с тем, что это будет параноидный статус, я бы не согласился. Почему психологи не находят ярких расстройств мышления, хотя они есть? Есть резонерство, своеобразный символизм, но отчетливых соскальзываний, аморфности я бы не отметил. Аморфность, это когда трудно понять, уловить, о чем пациент говорит. Здесь все определяется “бредовой работой”, а не процессом, который разрушил личность. Это начальная стадия бредообразования. Поэтому, возможно, и нет ярких расстройств мышления, которые могли бы легко найти психологи. Теперь о терапии. Здесь трудно добиться того, что он будет относиться критично к своим переживаниям. Может быть станет меньше аффективной заряженности. Сейчас он стеничен, как всякая параноидальная личность. До какой степени его лечить? Сложно сказать, поскольку непонятно, чего можно добиться. Что касается новых нейростимуляторов, то мы пробовали и rispolept, и сероквель, и зепрекса. Однако самый сильный антибредовый препарат — галоперидол.

**А. А. Глухарева.** Я со всем согласна, трудно возражать. Но я, пожалуй, считаю, что идет переход в параноидное состояние. Что в статусе? Это пациент, который частично диссимулирует свои переживания. Острота переживаний налицо. Это бредовой больной. Помимо параноидальных, персекуторных идей отношения, мне кажется есть элементы чувственного бреда. Здесь больше, чем классическая паранойя. Это больной, который идет к параноидной симптоматике. В целом это, наверное, острый бредовой синдром.

**Ведущий:** *Острый бредовой синдром — это все-таки острая симптоматика.* — Я не соглашусь, Александр Юрьевич. Вчера это был больной, который спасался. Он взял с собой все документы, бежал спасаться в отдел по борьбе с организованной преступностью. Это свидетельство актуальности его бредовых переживаний. Это классическое формирование параноидной шизофрении. Теперь о начале заболевания. Личность шизоидная (это видно по анамнезу) со сверхценными образованиями. Начало заболевания — два-три года назад. Больной малокурабельный.

**М. А. Парамазов.** Уважаемые коллеги, я хочу обратить внимание еще на один симптом. Наш пациент не органик как неврологический органик. У него нет параличей. Вместе с тем он жалуется на целый ряд симптомов, которые идут от левого плеча. Когда он пришел сюда в зал, я обратил внимание, что он сидел, наклоняясь на правое плечо. Когда он разделся, он относительно симметричен, мышцы у него развиты. Такое впечатление, что заболевание началось с дисморфомании. Видимо рецидив заболевания два-три года. Началось заболевание гораздо раньше, в подростковом возрасте. Я думаю что процесс эндогенный.

**А. Ю. Магалиф.** Никто из выступавших не сомневался в нозологии. Никто не сказал, что это развитие личности на фоне врожденного соматического дефекта. Все сразу стали говорить о шизофрении. Если

статус больного определить в целом, то все совершенно справедливо подчеркнули, что это бредовой статус. Давайте про это и поговорим. Что это за бред? Бред преследования. Больной боится, что его убьют. Его здесь спрашивали, хочет ли он получить материальную компенсацию. Может и хотел бы, но не знает как это сделать. А вот то, что его хотят убить, он знает точно. Поэтому он и нож носил, и электрическую дубинку, и в милицию обратился. Какой это бред — систематизированный или несистематизированный? Когда мы говорим, что бред систематизированный, предполагается, что существует определенная разработанная идея. Идея у нашего пациента есть, есть ее начало, есть развитие. Есть фабула бреда: некая фирма распространила о нем ложную информацию, на основании которой ему тот, кто заинтересован в больших деньгах, грозит убийством. Насколько я его понял, он считает, что это такие большие деньги, что проще его убить, чем проводить какие-то расследования. Кроме того, о нем распространены порочащие сведения, которые влияют на всю его жизнь. Когда его спрашивали, хочет ли он завести семью, он сказал, что это невозможно, так как всем стало известно, что он урод. В систематизированном бреде кроме фабулы должны быть действующие лица, персоналии. Но вот насчет персоналий здесь как-то слабовато. Нет ни одного человека, ни одной организации, которые бы он точно знал, мог точно назвать. В заявлении он тоже ничего не написал об этом. Может быть он знает, но боится сказать. Поэтому его параноидальный бред нельзя назвать систематизированным. Он носит с собой дубинку, оружие. Значит подозревает много людей. Как он сам сказал: “Я чувствую, что это криминал”. Он не замечает, что за ним ездит одна и та же машина или ходят какие-то конкретные люди, этого ничего нет. Он знает об этом только на чувственной основе. Есть ли здесь иллюзорный галлюциноз, который часто бывает при остром бреде, и больной слышит на фоне речи окружающих, в транспорте, на улице, как его называют по имени, ругают, оскорбляют, говорят, что он урод. Все зависит от того насколько чувствен радикал этого состояния и насколько кататимно окрашен бред. Удельный вес этой остроты говорит о многом. У нашего больного этого вроде бы нет. У него имеются рудименты острого персекуторного бреда. Он не видит конкретных людей, но он чувствует их присутствие. Он боится войти в парадное, боится и днем и ночью. Он чувствует это, когда едет в купе поезда и т.д. Как появился бред? Он появился внезапно, как озарение. Вдруг по радио он услышал некую фразу, и ему все сразу стало ясно. Это описывается при появлении бреда разной этиологии. У классиков есть описание такого внезапного возникновения параноидального бреда. Он появляется в рамках паранойи, не обязательно при шизофрении. Вдруг возникает озарение, и все становится ясно. При этом сразу появляются ложные воспоминания, которые выстраиваются в бредовую систему. При любом формирова-



нии бреда обязателен элемент чувственного восприятия. Мы об этом говорили на одном из семинаров. Возьмем любую ситуационную модель. Осторожный человек возвращается ночью домой. Аффект, естественно, изменен. Во встречных прохожих по двум-трем признакам он может заподозрить злоумышленников. Приглядевшись, успокаивается и забывает об эпизоде. Здоровое мышление моментально провело анализ и заблокировало дальнейшее развитие острого состояния. Что сделает бредовой больной, параноик, не обязательно шизофреник? Зафиксирует неправильное восприятие, как, например, при бреде двойника. Здесь как раз проявляется опора на слабые признаки. Когда мы говорим о появлении паранойяльного бреда, должен обязательно быть момент измененного сознания, измененного восприятия, измененного аффекта. Я все время пытался выяснить у больного наличие бредового настроения. Какова структура бреда? Имеется бред физической неполноценности. Как я его ни пытал, он так и не сказал мне что, например, в школе он очень стеснялся. Наверное стеснялся, потому что даже на физкультуре не раздевался. Но он сказал, что над ним не смеялись. Он принимал участие в детских играх. Было мало друзей, но это больше относится к шизоидности. Идеи дисморфобии, выраженные в подростковом возрасте, не приняли сверхценного и тем более бредового характера. Нам трудно сказать что болезнь началась именно в тот период. Я думаю, что она возникла тогда, когда он не смог учиться. Видимо, возникли расстройства мышления, начал развиваться волевой дефект, пошли идеи отношения сензитивного характера.

Вернемся к статусу. Это бредовой статус. Что еще? Больной изменен, монотонен, не дает реакций, у него однообразный тихий голос. Я думаю, что медленное формирование систематизации бреда нелепого содержания связано с нарастающим дефектом, дефицитарной симптоматикой. Поразительно, что у него не очень быстро идет нарастание специфических расстройств мышления. Хотя они, конечно, есть. В психологическом тестировании это четко прозвучало. Кто может объединить термометр, секундомер и очки по тому, что они стеклянные? Я дал ему очень грубый тест, который я применяю там, где есть выраженные расстройства. Чем отличается орел от самолета? Он начал говорить витиевато: “Это механизм, который заправляется топливом, управляется пилотом”. Так что тенденция к измененному мышлению у него есть, безусловно. Эмоционально-волевой дефект очень сильно выражен. Можно заподозрить, что он диссимулирует. Но когда мы спрашиваем о чем-то другом, например, как он проводит свой день, чем занимается, выясняется, что он ничего не делает. Он не скрывает, что болтается из угла в угол, где-то бродит. По видимому, у него очень сложные отношения с матерью, возможно, бредовые. По поводу паранойи борьбы. У него действительно есть тенденция преврати-

ться в преследуемого преследователя. Он ходит вооруженный. Он не только убегает, но и обороняется. Пока он не является социально опасным. Теоретически любой параноик может что-нибудь натворить, но все это у него как-то вяло протекает. Какой прогноз? Я думаю, что довольно пессимистичный. Будет нарастать дефект. Развитие болезни пойдет не столько по пути кристаллизации бреда, сколько по дефицитарному пути. Сколько мы с ним ни говорили про компьютер, он ничего не смог толком сказать, осколки каких-то знаний. Нет никаких планов на будущее.

Как его лечить? Конечно, только до момента дезактуализации бреда. Добиться его критического отношения к бредовым переживаниям невозможно. Обычно при паранойяльной структуре бреда критическое отношение может быть только к отдельным проявлениям обострения. В лучшем случае, он скажет, чтобы от него отстали. Трансформируется ли его статус в параноидный? Вполне вероятно. Однако я думаю, что дефицитарный радикал будет основным, все остальное будет формироваться очень вяло.

**Ю. С. Савенко.** Я совершенно согласен с Александром Юрьевичем в этом разборе. Но хотел бы обратить ваше внимание на следующее. На мой взгляд, этот случай чрезвычайно ярок, сочен и важен с точки зрения грандиозного спора в нашем предмете между Ясперсом, который отрицал перерастание сверхценных идей в бредовые и подчеркивал их качественное различие, — с одной стороны, и Гауппом и Кречмером — с другой. Прозвучало выражение “сверхценный бред”. Но это условное, фигуральное выражение. Сверхценный бред и паранойяльный бред — это качественно различные вещи. Когда мы говорим “сверхценный бред”, то бред здесь в кавычках. Ясперс всегда предпочитал говорить “бредоподобное”. Это “вторичный бред”, который выводится из личности и ситуации, из депрессии или чего-то другого. Дисморфомания есть у многих. Она обостряется в определенные периоды, особенно в юности, но в бред не перерастает. Анализируемый больной представляет яркий пример, где континуитальности не было, а ее видимость носит явственным образом ретроспективный характер. Если бы мы выводили бред из дисморфомании, это было бы наивной психологизацией.

**А. Ю. Магалиф.** Да, и это плохо для прогноза. Пациент будет нуждаться в постоянной терапии, потому что как только мы ее снимем, у него сразу начнется обострение. Почему его паранойя не может рассматриваться в рамках другой нозологической формы? Она не выводима из его дисморфомании. В плане прогноза, я думаю, что фабула, выведенная из его физического недуга, может потом измениться. Она потеряет свою актуальность, и он переключится на что-то другое. Сейчас все видят его дефект. Его преследуют, потому что об этом было сообщено. Сейчас дисморфоманический бред на первом месте.



# Случай шизофрении Гретера

Комиссаров А. Г., Шишкин Д. А. (г. Набережные Челны)

Шизофрения Гретера (ШГ) — форма шизофрении, манифестирующая на фоне алкогольного психоза, чаще в виде делириозного помрачения сознания, у больных хроническим алкоголизмом. К этой достаточно редкой форме психической патологии впервые внимание психиатров привлек в 1909 году К. Graeter в своем классическом труде “*Dementia praecox mit Alcoholismus chronicus*”. Однако некоторые авторы (10) отдают первенство в описании сочетания шизофрении и белой горячки отечественному психиатру С. А. Суханову, который представил свои наблюдения на 3 года раньше, чем К. Graeter.

В историческом аспекте диагноз ШГ не является простым сочетанием шизофрении и алкоголизма, а включает именно те случаи, когда шизофрения манифестирует алкогольным психозом (1).

Последние десятилетия в психиатрии наблюдается оживление интереса к проблеме коморбидности. В частности это относится и к проблеме сочетания шизофрении с другими психическими заболеваниями (14), в том числе с алкоголизмом (12, 15).

Сочетание шизофрении с алкоголизмом вызывает большой интерес, как в научно-теоретическом, так и в практическом аспектах. В теоретическом плане до конца не разработаны проблемы взаимовлияния и взаимозависимости этих заболеваний. В практическом отношении эти случаи обычно вызывают трудности диагностики и лечения. Трудности диагностики обусловлены, прежде всего, атипизмом клинических проявлений. Некурабельность обусловлена выраженной социальной, в том числе трудовой и семейной, дезадаптацией. (2)

К особенностям клиники алкоголизма при ШГ относят: отсутствие выраженной алкогольной деградации личности, не выраженность физической зависимости, отсутствие алкогольной компании и обычно прием спиртного в одиночестве, низкая толерантность, сопровождение опьянения дисфорическим оттенком аффекта и наличие в его картине транзиторных бредоподобных идей. Общеизвестным считается факт, что шизофрения при наличии хронического алкоголизма обычно начинается позже, протекает “мягче” (4 – 9).

Целью настоящего сообщения является демонстрация случая редкой формы шизофрении, названной в честь автора, впервые ее описавшей, шизофрении Гретера.

## Анализ случая.

Больной З, 1954 г.рожд.

**Анамнестические сведения.** О раннем развитии сведений не имеет. Отца не было, и данных о нём нет.

В семье единственный ребёнок. Воспитывался бабушкой и матерью. Посещал детский сад. В детстве бы очень подвижным, было много друзей. Любил играть в лапту, футбол, кататься на велосипеде. В возрасте 6 – 7 лет упал с двухметровой высоты, ударился головой. Помнит, что упал днём, а очнулся, когда уже было темно. После этого болела грудь и голова, но никому ни чего не сказал, и врачами не обследовался. За медицинской помощью не обращался. В школу пошёл с 7 лет. Первые четыре класса учился хорошо. После 4 – 5 класса был предоставлен самому себе, начал курить, учёбу забросил, стал чувствовать себя независимым от матери. Учиться перестал, но появилось новое увлечение — книги. Любил приключенческий жанр и детективы. С трудом перешёл в 6 класс, который в последующем дублировал. С 6 по 8 класс учился в интернате в сельской местности. В последних классах обучение шло формально. В школьные годы серьёзных увлечений, любимых предметов не было. Всегда в компании друзей, школе, интернате был лидером, однако в общественной жизни школы не участвовал. С девушками отношения складывались легко, в интернате было две подруги. Себя оценивал как человека впечатлительного, близко принимающего все к сердцу. Окончил 8 классов, в аттестате по всем предметам тройки. После окончания школы в течение полугода не работал и не учился. С друзьями “веселились” — угоняли грузовики и катались на них. Во время очередного угона ограбили продуктовый ларёк. Был осужден на 4,5 года. О совершённом правонарушении, уголовном деле и суде не переживал. Срок отбывал в колонии. Заключение перенёс “отлично”, сильных переживаний не было. В коллектив заключённых вжился и постепенно стал лидером “землячества”. После заключения полгода ничем не занимался — “отдыхал”. Именно тогда впервые попробовал алкоголь (22 года). От водки “сильно мутило”, независимо от дозы, и в течение последующих трёх дней чувствовал себя очень плохо. Первое время предпочитал пиво. Постепенно перешёл на более крепкие напитки, а с 25 лет пил водку спокойно. Обучился на сварщика и стал работать. Несколько раз менял места работы, параллельно учился. Окончательно остановился на профессии водителя. Везде считался хорошим работником. В 25 лет женился. До этого с женой был знаком в течение нескольких лет. Семейная жизнь началась хорошо, через год появился ребёнок, ещё через год — второй (два сына). Однако впоследствии семейная жизнь не сложилась, так как часто приходил домой пьяный. В состоянии опьянения всегда был скандальным, грубым, злым, ревнивым, мог



довести до слёз, а потом извиняться. Как-то, придя домой выпившим (“но не сильно”), когда жена разогревала ужин, подошёл к ней сзади и ударил рукояткой ножа, который держал за лезвие. В другой раз в состоянии алкогольного опьянения решил отрубить жене ноги, чтобы она не досталась другим. Приготовил топоры, но через несколько дней состояние изменилось и признался в задуманном. Однажды (в 83 – 84 году) пришёл домой, ввалился в дверь, стал ползать по полу, умоляя помочь, говоря, что ему плохо. В последующем такие состояния иногда повторялись. Примерно в то же время пытался покончить жизнь самоубийством: пришёл домой нетрезвый, как-то странно себя вёл, закрылся в ванной. Жена попросила открыть дверь, застала его с бинтом и сказала: “Если хочешь покончить с собой, то только не в доме, где мои дети”, и он ушёл. Пришёл минут через 40, на шее был красный след, сказал: “Ты знаешь, я хотел повеситься, но это оказывается так больно... И я подумал, зачем я буду себя убивать, лучше я тебя убью”. Также однажды, придя домой, признался жене: “Я вот шел и хотел тебя убить, а ты вот меня разговорила” и достал из рукава нож. К детям поначалу был достаточно безразличен. Когда они подросли и стали способны оказывать помощь в работе, общение стало более тесным. Неблагополучная ситуация в семье отражалась на детях. Они часто бывали на улице, говоря матери: “А нам дома так плохо, что лучше на улице”. Всё это привело к серьёзным разногласиям в семье, и через пять лет совместной жизни супруги развелись (в 1985 году). Дети стали жить с матерью. Больной оставил им квартиру, а сам уехал на север, так как там были перспективы с жильём. Работал водителем. Раз в год во время отпусков приезжал к жене и детям. Постепенно отношения с женой улучшились. Через три года работы, когда уже стоял вопрос о выделении квартиры, вернулся с севера в родной город и стал жить с семьёй. Два года жили, не регистрируя брак и снова разошлись в 1991 году. Причиной было продолжающееся злоупотребление алкоголем. Уговорам не поддавался. Мог пить по малейшему поводу и даже без повода. Пил практически всё свободное от работы время, но работу никогда не пропускал. Мог выпить целую бутылку и потом приставать “с глупыми” вопросами, выяснять отношения. Мог добиться скандала, а затем мотивировать этой ссорой новое употребление алкоголя. Если с утра идти на работу было не надо, мог выпивать и до обеда. Продолжал работать водителем, каждое лето жил на даче, в свободное время встречался с друзьями. С женой и детьми отношения поддерживал и в 1992 году, когда на пол года опять пришёл в семью, но отношения снова не сложились. С тех пор живёт отдельно от жены, но с детьми постоянно встречался. Алкоголизироваться стал все чаще, трезвым практически не был, но с утра всегда выходил на работу. Выпивал, когда было плохое настроение. Алкоголь помогал расслабиться.

Обычное количество водки, выпиваемое при застолье, — 250 мл, но мог и больше. Доза постепенно выросла до 0,5 литра водки. Похмелье не испытывал, даже не помнит этого. Бывали периоды, когда выпивал в течении 3 – 4 дней подряд. “Напивался до бесчувствия”, стали появляться провалы в памяти. При этом продолжал жить обычно — работал, встречался с друзьями, занимался огородом. Год назад, когда узнал что у бывшей жены появился мужчина, воспринял это болезненно. Пытался возобновить ухаживания, встречал по утрам на машине, вёз на работу, встречал с работы, обещал бросить пить, изменить свою жизнь, пытался вернуть прошлое. Но эти ухаживания скорее напоминали слежку, преследование.

От злоупотребления алкогольными напитками никогда не лечился. Наркологом и психиатром не наблюдался.

Примерно в июле 2000 года был с детьми на даче, с ночёвкой, собирали грибы. До этого пил в течение пяти дней, употребляя в среднем по 0,5 литра водки в день. Последние две ночи плохо спал, “был какой-то тревожный, весь дрожал”. Со слов родных тогда впервые появились “глюки”, он с кем-то разговаривал, размахивал руками, как будто видел свою мать и разговаривал с ней, был агрессивен, отгонял всех от себя, так что дети вынуждены были приехать с дачи домой. Затем с утра поехали за ним и застали сидящим на остановке. Сам рассказывал, что видел кого-то, разговаривал с Ним, а так же слышал голоса. Эти голоса заставили на даче скакать, отгадывать мелодии, которые тоже слышал, и делать другие вещи, о которых “не хочется даже рассказывать”. Проснувшись с утра, подумал, что находится не у себя дома, а “на какой-то другой планете”. Многих событий той ночи не помнил, “как будто отсутствовал, какие-то кошмары в голове”. Старался продолжать жить обычной жизнью, работать, но этому мешали появившиеся после той ночи на даче голоса. Голоса сначала возникали периодически, носили комментирующий и назидательный характер. Слышал их со стороны, чаще из-за стены или из-за угла. В этот период продолжал работать, хотя и не спал ночами, было ощущение “как будто они стимулировали”. Удивления или иной реакции на появление голосов не было: “Ну, появились и появились”. Голоса говорили, что он должен себя зарезать, иначе “они” сделают так, что умрут дети или другие близкие люди. Испугавшись за близких, думал о самоубийстве, но “ножа не нашёл, а кухонные не подходили”, так как “голоса” сказали: “Кухонными ножами нельзя”. “Голоса” требовали подчинения себе: “Чтобы на работу не ходил и лежал на своём месте, на диване”. “Голоса заставляли делать совсем не то, что я хочу”. Затем стал понимать, что голоса для него делают специально, какие-то люди. Появилось ощущение, что “это все не просто так”. Стал называть своих преследователей просто “они”. В последующем при неподчинении “они” давили на глаза, сердце и



другие точки, кололи иголками: “Как будто моей нервной системой овладели. Слышали все мысли, стоило только о чём-нибудь подумать — тут же подхватывали слова”. Поначалу пытался подчиняться им, делать их указания, при этом “голоса” избавляли больного от желания курить и выпивать — читали молитвы, заставляли “съесть кусочек мыла, а другой бросить в ванную”, вызывали рвоту чем-то белым “как будто сопли через рот идут”, “что-то открыли внутри, до сих пор иногда этим плююсь”, но до конца своё дело довести не могли из-за оплошностей, которые совершал пациент: например, “покушал с утра, а Они говорят — О, что ты наделал?!”. Потом стал стараться не обращать на них внимание. Но “голоса” могли контролировать мысли и знали, что “я их слышу”. Также говорили, что все действия принадлежат не ему, но он понимал, что всё делает сам. Временами все же чувствовал, что они могут управлять его действиями. Не мог понять “кто они и что им надо”, сами они ничего не говорили: “Сам догадайся”. Для себя их возникновение объясняет наговором, сглазом, и сам слышал от них, что это его мать попросила какую-то бабку отучить его от курения и выпивки. Также вначале думал, что это жена навела на него порчу. Но расспросив родственников, убедился что это не так. Пытался закрывать уши ватой, отворачиваться, но ничего не помогало. Для того, что бы заснуть, стал сначала принимать димедрол, а затем водку, которая помогала на несколько часов. Вынужден был “допиваться до бесчувствия”, чтобы ничего не слышать. В тоже время отмечает, что после приёма спиртного стал быстрее трезветь — “Через два — три часа, как и не пил”. Как-то вместе с сыном поехали на машине в другой город, и по пути туда его “всего корёжило” (за рулём был сын), так как “голоса запрещали ехать”, пришлось сделать даже остановку. В последний год стал прогуливать работу, даже был поставлен вопрос об увольнении. Продолжал пить практически постоянно, т.к. только в состоянии алкогольного опьянения было ощущение облегчения. За месяц до госпитализации на дороге настолько погрузился в себя, что пропустил знак, за что был остановлен сотрудником ГИБДД. Близкие уговаривали начать лечение, но “голоса запрещали” это делать, поэтому отказывался. Когда состояние стало невыносимым, решил, не смотря на угрозы, обратиться к врачам. Был госпитализирован в городскую психиатрическую больницу.

Теперь считает, что сделал это зря, причину голосов видит в наговоре, сглазе, планирует “сходить к хорошей бабке”, “это не крыша у меня поехала, а голоса реально существуют”, “как будто со мной кто-то что-то сделал”.

**Психическое состояние.** Больной внешне опрятен, хотя волосы на голове не причёсанны, одет достаточно просто, “по-холостяцки”. В отделении держится обособленно, но доброжелателен, не конфликтен. Больше время лежит в постели, иногда читает книгу.

Приходит к врачу только по вызову, собственной инициативы не проявляет. Пребыванием в стационаре тяготится умеренно, думает о том, когда же закончится лечение, желает работать. В то же время от лечения не отказывается. Походка неторопливая, движения скупые, несколько замедленные, ходит, ссутулившись. Сознание ясное, помнит имя врача, знает, где находится, правильно называет текущую дату. На протяжении всей беседы мимика скудная, иногда грустно улыбается. Выражение лица задумчиво-грустное, взгляд тоскливо-обречённый. При беседе сидит в одной позе, меняя её лишь изредка. На обращённую речь реагирует быстро. Себя психически больным не считает, связывает своё состояние с порчей, сглазом. В начале беседы был несколько замкнут, осторожен, затем стал более доверительным. На вопросы отвечает по существу. Внимательно следит за ходом беседы, но явного интереса к ней не проявляет. Речь негромкая, неторопливая. Говорит вятно. Сообщает, что слышит голоса идущие извне, “маскирующиеся под шум”, но какие-то особые, внутренние. Голоса принадлежат различным, незнакомым людям. Они носят враждебный характер, иногда комментируют его действия, иногда заставляют что-либо делать. Слышит их обоими ушами, а если затыкает уши, то голоса всё равно продолжают где-то внутри головы. Голоса пытаются подчинить себе, “заставляют плясать под свою дудку”, при неподчинении ругают, угрожают расправой с близкими, про нахождение в стационаре говорят “всё равно от нас не избавишься”. Появление голосов носит не постоянный характер, они возникают или усиливаются в вечерние часы. В случае неподчинения голосам, испытывает ощущения давления на глаза, уколы в разные части тела, неприятные ощущения. Говорит, что “это Они так делают, хотят меня заставить подчиниться им”. Внимание на протяжении всей беседы устойчивое, хорошо переключаемое с одной темы на другую. Тяготится своим состоянием, но не верит в эффект лечения, считая что госпитализация бессмысленна, “мне ничто не поможет”. Считает, что голоса возникли как результат порчи, сглаза, наговора. Пытается связать всё это с замужеством своей бывшей жены, “я думал, может быть это она что-то сделала”. Не считает наличие голосов болезненным проявлением, относится к ним с полной серьёзностью, как к сделанным специально определенными людьми, существами: “да не знаю я кто они, инопланетяне какие-то что ли”. Основываясь на всём этом, считает, что лучше бы он пошёл к “хорошей бабке”, что лечение вряд ли поможет. Разубеждению не поддается: “Ну какая же это болезнь, если вот они есть”. Неприятные ощущения в теле считает результатом влияния голосов, в ответ на неподчинение им: “давят как-то, колют”. На протяжении беседы сохраняется сниженный фон настроения. Интеллект и память в норме. Критика к своему состоянию полностью отсутствует.



Рассказывая о пережитом на даче, летом 2000 года, сообщил, что помнит ту ночь очень смутно. “Помню, что откуда-то появилась мать, разговаривал с ней, было очень страшно, но все это сейчас как во сне”.

За время пребывания в отделении пациент прошел курс психофармакотерапии, на фоне которого продуктивная симптоматика постепенно редуцировалась: сначала голоса стали звучать реже, затем тише, на 20-ый день лечения “отключились”. Улучшилось настроение, прошла тоска, появилось желание работать. Ведущими в клинической картине предстали явления полного отсутствия критики к психозу, эмоциональная нивелировка, легкие проявления волевого снижения в виде податливости, некоторой пассивности.

Ретроспективный анализ психопатологических проявлений впервые возникшего летом 2000 года психотического эпизода позволил отнести его к алкогольному делирию. Об этом свидетельствовали данные анамнеза об уже сформировавшейся к тому времени алкогольной болезни, предшествующий запойный период и характерная клиническая картина, сопровождающаяся напряженно-тревожным аффективным фоном и иллюзорно-галлюциаторным помрачением сознания с частичной амнезией данного отрезка времени.

При синдромальной оценке состояния на момент поступления в стационар, ведущими в клинической картине были галлюциаторно-бредовые и аффективные расстройства. При уточнении характера галлюциаторных переживаний ведущим их признаком являлось чувство “сделанности”, с субъективным ощущением чуждости, “подстроенности”. Также для галлюциаторных переживаний были характерны экстрапроекция и устойчивый императивный характер. Бредовые расстройства ограничены рамками бреда физического воздействия. Четко очерченными выступают сенсорные автоматизмы, в виде сенестопатических расстройств, носящих характер сделанности. Аффективная сфера характеризуется стойким субдепрессивным фоном настроения с элементами витальной тоски, безысходности, транзиторными идеями самоуничтожения. Критика к имеющимся переживаниям полностью отсутствует.

Таким образом, учитывая вышеизложенное, состояние было расценено как галлюциаторно-параноидный синдром (неполный вариант синдрома Кандинского-Клерамбо) с тревожно-субдепрессивным аффективным фоном. По характеру расстройства и полному отсутствию критики к имеющимся переживаниям, состояние отнесено к психотическому регистру.

Нозологическая принадлежность данного синдромального образования потребовала проведения дифференциальной диагностики между хроническим алкогольным галлюцинозом и эндогенным процессуальным заболеванием.

Наличие хронического алкоголизма подтверждается анамнестическими сведениями, и соответствует 2-ой стадии. Сложность дифференциальной диагностики обусловлена атипизмом клинической картины и течения хронического алкоголизма под влиянием латентного периода эндогенного процесса: отсутствие при употреблении алкоголя компании, невыраженность абстинентного состояния, отсутствие характерных “алкогольных” изменений личности. На наличие алкоголизма указывает развившийся на фоне абстинентного состояния алкогольный делирий. Возникающие на высоте алкогольного опьянения агрессивное поведение и транзиторные бредовые идеи ревности могут быть равнозначно отнесены как к клинике хронического алкоголизма, так и к латентно протекающему эндогенному процессу.

Эндогенность состояния определена, прежде всего типичной клинической картиной синдрома Кандинского-Клерамбо, который в последнее время разными исследователями все чаще рассматривается как патогномичный для шизофрении признак (11). В пользу эндогенности также свидетельствуют позднее начало процесса, его относительная мягкость, диссоциация между симптоматикой и поведением больного — признаки атипизма, свойственные шизоалкоголизму.

Согласно отечественной психиатрической классификации, был выставлен диагноз: шизофрения, осложненная хроническим алкоголизмом. Подострый приступ, развившийся на фоне алкогольного делирия. Неполный вариант синдрома Кандинского-Клерамбо с тревожно-субдепрессивным аффектом (шизофрения Гретера). Согласно международной статистической классификации данная форма обозначена шифром — F20.8.

Таким образом, демонстрируемый случай является редкой формой шизофрении, сочетающейся с хроническим алкоголизмом, манифестирующей алкогольным делириозным помрачением сознания с последующим развитием синдрома Кандинского — Клерамбо. В исторической традиции эпонимически данная форма шизофрении обозначена как шизофрения Гретера, в отличие от остальных вариантов коморбидности алкоголизма и шизофрении. К сожалению, завершённой типологии возможных, клинически очерченных состояний, возникающих при сочетании шизофрении и алкоголизма, до сих пор нет.

Отход от эпонимических традиций в отечественной психиатрии, происшедший вслед за остальным мировым сообществом, видимо, отчасти обусловлен введением в России международной статистической классификации болезней 10 пересмотра, где этот принцип полностью игнорируется, а также является следствием потери интереса к историческим традициям общества вообще, что видимо обусловлено бурными событиями смены общественного строя в нашей стране в последние 15 лет. На наш взгляд, данное явление обезличивает психиатрию, ведет к историче-



ской несправедливости и излишнему упрощению. Бесспорно, что жесткие статистические стандарты должны присутствовать в современных исследовательских работах, особенно связанных с испытанием новых методов терапии. Но в клинической психиатрии, где ведущим методом исследования до сих пор является беседа с пациентом, должно быть место авторам, впервые выделившим и описавшим те или иные психопатологические феномены.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Блейхер В. М., Крук И. В. Толковый словарь психиатрических терминов. — Воронеж: НПО "МОДЕК", 1995. — 157 с.
2. Вопросы социальной и клинической психиатрии и наркологии: Сб. науч. раб / МГМСУ, 2000. — 65 с.
3. Даниелян К. Г. Алкогольный онейроид. — Ереван, "Айастан", 1989. — 13 с.
4. Двирский А. А. Клинические проявления шизофрении при ее сочетании с алкогольным делирием // Журн. неврол. и психиат. — 2001. Т. 101. — № 2. — С. 18.
5. Корнетов Н. А., Губерник В. Я. Изучение зависимости клиники алкоголизма у лиц, перенесших белую горячку, и шизофрении, осложненной алкоголизмом, от конституционально-морфологического профиля больных // Журн. невропат. и психиат. — 1983. Т. 83, — № 2. — С. 81 – 82.
6. Красик Е. Д., Елисеев А. В., Семин И. Р. Сравнительный катамнез впервые госпитализированных больных шизофренией, сочетавшейся с алкоголизмом // Журн. неврол. и психиат. — 1992. Т. 92. — № 1. — С. 117.
7. Лукамский И. И. Место алкоголизма в малой и большой психиатрии // Журн. невропат. и психиат. — 1969. Т. 69. — № 6. — С. 881 – 884.
8. Лядов Н. В., Рассказов Н. Я. Симптоматический алкоголизм и ремиссии при шизофрении в свете 20-летнего катамнеза // Журн. неврол. и психиат. — 1997. Т. 97. — № 9. — С. 31 – 34.
9. Малков О. А. К вопросу об алкогольных психозах у больных вялотекущей шизофренией // Журн. невропат. и психиат. — 1978. Т. 78. — № 9. — С. 1368 – 1369.
10. Павлова И. В. Вопросы клиники, патогенеза и лечения шизофрении. М: МЗ РСФСР 1957: 147 – 170с.
11. Руководство по психиатрии / Под редакцией Тиганова — М., "Медицина", 1999, Том 1, — 426 с.
12. Сочетанные психические расстройства различного генеза в судебно-психиатрической практике: Сб. науч. раб. / ВНИИ им. Сербского, 1991. — 60 – 64 с.
13. Шейнин Л. М. О некоторых особенностях приступообразно-прогредиентной шизофрении, сочетающейся с алкоголизмом, по данным диспансерного наблюдения // Журн. невропат. и психиат. — 1983. Т. 83. — № 9. — С. 1383 – 1387.
14. Jeste D. V., Gladsio L. A., Lindamer L. R., Laero J. O. Medical comorbidity in schizophrenia // Schizophrenia bull. — 1996. Vol. 22. № 3. — P. 413 – 431.
15. Soyka M. Alcoholism and schizophrenia // Addiction 2000 Nov; 95. — № 11. — P. 1613 – 8.

Вниманию коллег:

**С 2002 года начал выходить официальный журнал  
Всемирной психиатрической ассоциации**

Редактор Mario Maj (Неаполь, Италия)

E-mail: [majmario@tin.it](mailto:majmario@tin.it)

Вниманию коллег:

фундаментальный труд

**CONTEMPORARY PSYCHIATRY**

**Volume 1 — Foundations of Psychiatry**

**Springer – Verlag**

**Berlin – Heidelberg – New York, 2001**



## Терапевтический каннабис: Время снять запрет!

### Обращение к Правительству и Федеральному собранию Российской Федерации, распространяемое Транснациональной Радикальной партией

Мы, нижеподписавшиеся медики, юристы, общественные и политические деятели, простые граждане, обращаемся к Правительству и Парламенту России с призывом устранить политический запрет на использование в медицинских целях индийской конопли (*cannabis sativa*), ее производных и ее активного компонента — тетрагидроканнабинола (ТНС). Это необходимо сделать во имя обеспечения права больных на адекватное лечение и права врачей на терапевтическую свободу.

В настоящее время в законодательстве Российской Федерации уже предусмотрено использование в медицинских целях различных наркотических веществ, в частности — морфия.

В 1999 году Международный Совет по контролю за распространением наркотиков при Организации Объединенных Наций выступил за проведение исследований в области медицинского использования индийской конопли (*cannabis sativa*) и ее производных. Такие исследования были проведены в Канаде, Великобритании, Германии, Израиле, Голландии, Соединенных Штатах Америки и Австралии.

В 1999 году правительство Канады одобрило пятилетний план по производству индийской конопли для ее использования в медицинских целях. В 1999 году Министр здравоохранения Германии высказался в поддержку медицинского использования индийской конопли. Правительство Израиля в 1999 году одобрило в общих чертах план использования индийской конопли и ее производных в медицинских целях. В Великобритании осенью 1998 года комиссия по науке и технологии Палаты Лордов, опираясь на заключения многочисленных научных исследований, высказалась в поддержку медицинского использования индийской конопли и ее производных. 5 ноября 1998 года американские избиратели штатов Аляска, Аризона, Колорадо, Невада, Орегон и Вашингтон высказались на референдумах за медицинское использование марихуаны при лечении больных раком и СПИДом. Американская федеральная комиссия Института медицины Национальной Академии Наук Вашингтона призвала в 1999 году к использованию в медицинской практике тетрагидроканнабинола (ТНС) — активного компонента индийской конопли. В 1999 году Британ-

ская Медицинская Ассоциация высказалась в поддержку терапевтического использования производных индийской конопли.

Решение одобрить медицинское использование индийской конопли никак не связано с противостоянием между сторонниками запретительного и разрешительного подходов к проблеме наркотиков. Оно основывается исключительно на медицинских фактах, свидетельствующих о положительном эффекте производных конопли при лечении целого ряда заболеваний.

Наиболее часто встречающиеся и мучительные побочные эффекты химиотерапии связаны с возникающим при подобном лечении чувством постоянной тошноты. Лекарственные препараты, используемые при лечении СПИДа, часто вызывают в качестве побочного эффекта чувство тошноты, что увеличивает риск истощения организма больного. Индийская конопля и ее производные обладают сильным противорвотным эффектом.

Американское Раковое Общество в течение последних месяцев финансирует исследования в области использования тетрагидроканнабинола (ТНС), активного вещества, содержащегося в индийской конопле и ее производных, в качестве альтернативного и более эффективного метода при лечении некоторых болезней, в частности — для подавления тошноты, рвоты и других побочных эффектов химиотерапии.

Международные научные журналы сообщают о том, что около 44 % врачей посоветовали бы своим пациентам использовать производные индийской конопли, однако, ввиду незаконности использования конопли, они опасаются это делать, чтобы избежать возможного наказания за нарушение закона.

Многочисленные исследования, проводимые в рамках федеральных программ в Соединенных Штатах Америки, продемонстрировали эффективное действие индийской конопли и ее производных для подавления побочных эффектов при лечении многих заболеваний.

Наркотическая зависимость при использовании индийской конопли не выявлена, при лечении индийской коноплей не требуется постоянно увеличивать



дозу при длительном лечении, симптомы абстиненции также отсутствуют.

Комиссия во главе с Бернаром Пьером Роком (Bernard Pierre Roques), состоявшая из десяти академиков-экспертов в области изучения психоактивных веществ, проводившая свои исследования по заказу министерства здравоохранения Франции в 1999 году, признала тот факт, что индийская конопля менее вредна для здоровья, чем табак и алкоголь.

Многочисленные уважаемые международные научные журналы приводят результаты исследований, доказывающих эффективность индийской конопли и ее производных при лечении таких заболеваний, как глаукома; существуют также различные данные, подтверждающие терапевтическую эффективность индийской конопли при лечении рассеянного склероза.

В настоящее время проводятся многочисленные исследования с целью определения эффективности и возможности использования конопли при лечении бронхиальной астмы.

Возможность воздействия производных индийской конопли на нервные узлы способствует усилению контроля над произвольными движениями, что потенциально дает возможность лечения с помощью конопли таких заболеваний, как болезнь Паркинсона.

Результаты клинических исследований, приведенные в многочисленных научных журналах, свиде-

тельствуют об эффективном использовании индийской конопли при лечении такой болезни, как синдром Жилия Де Ля Туретт (Gilles de la Tourette).

Опыты, проведенные над животными, продемонстрировали, что конопля эффективна при лечении церебральных раковых клеток.

В ходе XIII Конгресса Итальянского Общества по исследованию артериосклероза, состоявшегося с 3 по 5 декабря 1999 года в Миланском научно-исследовательском институте, была выдвинута гипотеза возможного использования производных индийской конопли с целью профилактики атеросклероза.

Международные научные издания приводят случаи успешного лечения эпилепсии и мигрени с помощью производных индийской конопли, которая, согласно результатам научных исследований, могла бы успешно заменить опиаты при лечении хронических болей.

В связи с вышеизложенным мы обращаемся:

К Правительству Российской Федерации — с призывом принять подзаконные нормативные акты, регламентирующие использование индийской конопли и ее производных в медицинских целях;

К депутатам Государственной Думы — с призывом разработать и принять соответствующие изменения в Федеральный Закон “О наркотических средствах и психотропных веществах”.

*От редактора. Мы помещаем данное обращение, исходя из необходимости давать ясный и четкий профессиональный ответ на относящиеся к нашей компетенции вопросы, которые получают широкое хождение и, в частности, попадают в высокие инстанции. Слишком многое в представленном документе не внушает доверия.*

*Кем и как выработывался этот ответственный документ? Почему к НПА России, как к профессионально-правозащитной организации по ее профессиональному вопросу обратились не за советом, не с вопросом и не за его обсуждением, а с предложением подписать готовый текст?*

*Ненатуральной выглядит представленная картина единодушия, редкая даже в отношении намного более устоявшихся вопросов.*

*Нельзя исключить закамouflированное использование наркотиков якобы для лечения, на деле — для угождения больным с заботой лишь о субъективном комфортном состоянии, и превращения их в хронически больных коров. Что касается ссылок на министров и правительства Германии, Израиля и Канады, то мы очень невысокого мнения о правительственных решениях в области содержания научных исследований и споров. Примерами могут служить проект антикультулистского закона французского министра Вивьена, Указ о развитии психоанализа Президента Ельцина и т.п.*

*Мы попросили прокомментировать представленное обращение специалиста, к которому относимся с безусловным доверием.*

## ЗАЧЕМ НУЖЕН “ТЕРАПЕВТИЧЕСКИЙ КАННАБИС”?

1. Предложение использовать каннабис или содержащийся в нем тетрагидроканнабинол (ТГК) для лечения больных раком или СПИДом выглядит мало обоснованным. Противоболовой эффект каннабиса слишком мал, чтобы избавить страдающих этими заболеваниями от болевого синдрома.

2. В качестве средств, обладающих противотошнотным действием, используется ряд препаратов.

Кем доказано, что именно каннабис или ТГК более эффективны, чем иные препараты?

3. Утверждение, что индийская конопля менее вредна, чем табак и алкоголь, весьма сомнительно. Табак, например, никогда не вызывает грубых изменений психики, которые возникают при систематическом потреблении каннабиса. Алкоголь при неумеренном его потреблении способен вызвать зависи-



мость и различные психические и физические нарушения. Но разве из этого факта следует сделать вывод о допустимости потребления каннабиса? Неужели к потенциальной зависимости от алкоголя надо добавить потенциальную зависимость от каннабиса?

4. В России курение гашиша весьма часто приводит к переходу на злоупотребление опиатами. Практически не встречаются опийные наркоманы и героино-маны, которые бы не начинали с курения каннабиса.

5. Неужели в настоящее время отсутствуют средства для лечения таких заболеваний как глаукома, бронхиальная астма? Кто доказал, что современные способы лечения этих заболеваний менее эффективны, чем курение каннабиса? Гашиш вызывает обострение астмы. Что касается рассеянного склероза, то еще никому не удалось найти способ излечения от этого заболевания. Неужели нужно к этому тяжелейшему поражению нервной системы добавлять интоксикацию каннабисом, т.е. вводить человека в состояние наркотической интоксикации с вероятностью формирования наркоманического синдрома (синдрома зависимости)?

6. Лечить болезнь Паркинсона или синдром Жилия Туретта коноплей — поистине странная идея. Существуют многочисленные препараты для лечения паркинсонического синдрома. Неужели они менее эффективны, чем конопля? Странно, что конопля предлагается для лечения синдрома Туретта в то время, когда имеется богатый опыт использования

многочисленных препаратов (например, галоперидо-ла). Кто доказал, что конопля эффективнее этих средств?

7. Профилактика атеросклероза с помощью конопли — просто абсурдная идея. Такой способ профилактики равнозначен широкой пропаганде курения гашиша, т.к. профилактика от атеросклероза нужна всем (или почти всем). Возможно, что до атеросклероза многие не доживут, т.к. станут наркоманами или погибнут от поражения печени, сердца, легких.

8. Лечить эпилепсию коноплей — тоже малопродуктивная идея. Кто доказал, что современные противосудорожные средства менее эффективны, чем конопля?

**Заключение:** За многочисленными попытками доказать целесообразность использования каннабиса в медицинских целях стоит желание сделать потребление этого наркотика легальным. Это не соответствует интересам общества. В России, учитывая рост потребления наркотиков и распространенность наркомании, это только путь к ухудшению ситуации. Гашиш теоретически мог бы быть использован как медицинский препарат, если бы было доказано, что он эффективнее имеющихся ненаркотических препаратов, что с его помощью можно лечить те заболевания, которые не поддаются лечению другими (ненаркотическими) препаратами.

**Проф. А. Г. Гофман**

## WPA Series Evidence and Experience in Psychiatry

*Edited by Mario Maj & Norman Sartorius*

**Vol. 1 — Depressive Disorders**

**Vol. 2 — Schizophrenia**

**Vol. 3 — Dementia**

**Vol. 4 — Obsessive-Compulsive Disorder**

*John Wiley & Sons, Ltd*

*Chichester — New York — Weinheim — Brisbane — Singapore — Toronto*

*Вы можете заказать эти книги по адресу:*

**John Wiley & Sons, Ltd.**

**Baffins Lane, Chichester, West Sussex, PO 19 1UD, UK**

**E-mail: [cs-books@wiley.co.uk](mailto:cs-books@wiley.co.uk)**

**[Http://www.wiley.co.uk](http://www.wiley.co.uk)**



## Интересы больного в контексте наследственного права

Ю. Н. Аргунова

С 1 марта 2002 г. введена в действие часть третья Гражданского кодекса Российской Федерации, содержащая в себе раздел V, посвященный наследственному праву.

В новом законодательстве остались прежними основания наследования, место и время открытия наследства, личный характер завещания, сроки для принятия наследства, тайна завещания и др. В то же время эти нормы были доработаны и усовершенствованы. В итоге раздел V ГК РФ насчитывает в два раза больше статей, чем соответствующий ему раздел VII ГК РСФСР 1964 г., утративший силу.

Новым ГК РФ первоочередным при определении наследников установлено наследование по завещанию, а не по закону, как это было в ГК РСФСР. Такой подход, по замыслу законодателя, поможет преодолеть устоявшуюся в нашем общественном сознании тенденцию, когда составление завещания являлось скорее исключением, чем правилом. Каждый человек, будучи дееспособным, волен свободно завещать все свое имущество или его часть родственникам либо любым другим лицам, а также государству или юридическим лицам. В этом состоит один из основных принципов наследственного права — свобода завещания, которая может быть ограничена только правилами, касающимися *обязательной доли в наследстве*. Это означает, что несовершеннолетние или нетрудоспособные дети наследодателя, его нетрудоспособные супруг, родители, иждивенцы наследуют независимо от содержания завещания не менее половины доли, которая причиталась бы каждому из них при наследовании по закону (ст. 1149 ГК РФ). Это правило применяется к завещаниям, совершенным после 1 марта 2002 г. По ранее действовавшему Кодексу обязательная доля составляла 2/3. Уменьшение этой доли направлено на то, чтобы реализация обязательного права в наименьшей степени противоречила бы воле наследодателя, выраженной в завещании.

Право на обязательную долю удовлетворяется из оставшейся незавещанной части наследственного имущества, а при ее недостаточности — из той части имущества, которая завещана. Суд с учетом имущественного положения наследников, имеющих право на обязательную долю, вправе однако уменьшить размер обязательной доли или отказать в ее присуждении. Это возможно, если осуществление права на обя-

зательную долю в наследстве повлечет за собой невозможность передать наследнику по завещанию имущество, которым наследник, имеющий право на обязательную долю, при жизни наследодателя не пользовался, а наследник по завещанию пользовался для проживания (жилой дом, квартира, иное жилое помещение, дача и т.п.) или использовал в качестве основного источника получения средств к существованию (орудия труда, творческая мастерская и т.п.).

Во избежание того, что часть завещанного нетрудоспособному больному имущества будет передана по праву обязательной доли другим нетрудоспособным наследникам по закону, наследодатель вместо составления завещания может передать свое имущество больному по какой-либо сделке (купле-продажи, дарения).

Если завещание совершено не было, то в силу вступает наследование по закону. При этом имущество переходит в собственность наследников в равных долях. Прежним законодательством предусматривалось только две очереди наследников (с мая 2001 г. — четыре), теперь их — восемь. Как и прежде, наследниками первой очереди являются дети, супруг и родители наследодателя, наследниками второй очереди — братья и сестры, дедушки и бабушки наследодателя, наследниками третьей очереди — дяди и тети наследодателя, наследниками четвертой очереди — прадедушки и прабабушки наследодателя. Появились наследники пятой очереди — двоюродные внуки и внучки и двоюродные дедушки и бабушки наследодателя, наследники шестой очереди — двоюродные правнуки и правнучки, двоюродные племянники и племянницы, двоюродные дяди и тети наследодателя, наследники седьмой очереди — пасынки, падчерицы, отчим и мачеха наследодателя, а также наследники восьмой очереди — нетрудоспособные иждивенцы наследодателя, не относящиеся к родственникам предыдущих очередей, но обязательно проживавшие вместе с наследодателем не менее года. Последняя очередь наследует при отсутствии наследников предыдущих очередей, если же таковые имеются, указанные иждивенцы наследуют вместе с призываемыми к наследованию родственниками. Таким нетрудоспособным иждивенцем может рассматриваться, в частности, гражданский супруг наследодателя (не состоящий с ним в зарегистрированном браке).



Те нетрудоспособные граждане, которые относятся к наследникам второй-седьмой очереди, но не входящие в круг наследников той очереди, которая призывается к наследованию, также наследуют по закону вместе и наравне с наследниками этой очереди, если не менее года до смерти наследодателя находились на его иждивении, однако независимо от того, проживали они совместно с наследодателем или нет (ст. 1143 – 1145, 1148 ГК РФ).

В случае смерти наследника по закону до открытия наследства причитавшаяся ему доля наследства переходит по праву представления к его потомкам и делится между ними поровну.

Наследственное имущество, поступающее со дня открытия наследства в общую долевую собственность наследников, может быть разделено по соглашению между ними. При наличии среди наследников несовершеннолетних, а также лиц с психическими расстройствами, признанных недееспособными, раздел наследства осуществляется с соблюдением правил ст. 37 ГК РФ, т.е. опекун (если он также является одним из наследников), его супруг и близкие родственники не вправе совершать с подопечным сделки по разделу наследства, за исключением передачи имущества подопечному в дар или безвозмездное пользование, а также представлять подопечного при заключении таких сделок или ведении судебных дел между подопечным и супругом опекуна и его близкими родственниками. В целях охраны законных интересов несовершеннолетних и недееспособных наследников о составлении соглашения о разделе наследства и о рассмотрении в суде дела о разделе наследства должен быть уведомлен орган опеки и попечительства (ст. 1167 ГК РФ).

В новом ГК РФ существенно обновлены правила, касающиеся *формы завещания*. Законным теперь считается не только *нотариально удостоверенное*, но и *закрытое завещание*, содержание которого может быть известно только завещателю, в этом случае нотариально заверяется сам факт передачи его нотариусу. Законным признается и завещание, составленное в *простой письменной форме*, но только в том случае, если завещатель не имел возможности составить его по общим правилам, находясь в положении явно угрожающем его жизни, собственноручно написал и подписал документ в присутствии двух свидетелей.

Нотариально удостоверенное завещание должно быть написано завещателем или записано с его слов нотариусом. При этом могут быть использованы технические средства (компьютер, пишущая машинка и др.). Завещание, записанное нотариусом со слов завещателя, до его подписания должно быть полностью прочитано завещателем в присутствии нотариуса. Если завещатель не в состоянии лично прочитать завещание, его текст оглашается для него нотариусом, о чем на завещании делается соответствующая надпись с указанием причин, по которым завещатель не смог

лично прочитать завещание. Завещание должно быть собственноручно подписано завещателем. Следует при этом помнить, что завещание может быть совершено гражданином, обладающим в момент его совершения дееспособностью в полном объеме. Если завещатель в силу физических недостатков, тяжелой болезни или неграмотности не может собственноручно подписать завещание, оно по его просьбе может быть подписано другим гражданином в присутствии нотариуса. В завещании должны быть указаны причины, по которым завещатель не мог подписать завещание собственноручно. При составлении и нотариальном удостоверении завещания по желанию завещателя может присутствовать свидетель, который должен подписать завещание. При удостоверении завещания нотариус обязан разъяснить завещателю норму закона об обязательной доле в наследстве (ст. 1125 ГК РФ).

К нотариально удостоверенным завещаниям приравниваются завещания граждан, находящихся на лечении в стационарных лечебных учреждениях или проживающих в домах для престарелых и инвалидов, удостоверенные главными врачами, их заместителями по медицинской части или дежурными врачами лечебных учреждений либо директорами или главными врачами домов для престарелых и инвалидов. Такое завещание должно быть подписано завещателем в присутствии лица, удостоверяющего завещание, и свидетеля, также подписывающего завещание. Завещание затем должно быть направлено лицом, его удостоверившим, через органы юстиции нотариусу по месту жительства завещателя или непосредственно соответствующему нотариусу. Если гражданин, находящийся в одном из указанных учреждений, намереваясь совершить завещание, высказывает желание пригласить для этого нотариуса и имеется разумная возможность выполнить это желание, то лица, которым предоставлено право удостоверить завещание, обязаны принять все меры для приглашения к завещателю нотариуса (ст. 1127 ГК РФ).

Завещатель вправе совершить завещание, не предоставляя при этом другим лицам, в том числе нотариусу, возможности ознакомиться с его содержанием (закрытое завещание). Оно должно быть собственноручно написано и подписано завещателем. Несоблюдение этих правил влечет за собой недействительность завещания. Закрытое завещание в заклеенном конверте передается завещателем нотариусу в присутствии двух свидетелей, которые ставят на конверте свои подписи. После этого конверт запечатывается в их присутствии нотариусом в другой конверт, на котором нотариус делает надпись, содержащую сведения о завещателе, свидетелях, месте и дате принятия завещания. Принимая конверт с закрытым завещанием, нотариус обязан разъяснить завещателю правило о собственноручном написании и подписании завещания, норму закона об обязательной доле в наслед-



стве, а также выдать завещателю документ, подтверждающий принятие закрытого завещания (ст. 1126 ГК РФ)\*.

Завещатель вправе отменить или изменить составленное им завещание в любое время после его совершения.

Права на денежные средства, внесенные гражданином во вклад или находящиеся на любом другом счете гражданина в банке, могут быть по его усмотрению за-

вещаны в указанном выше порядке, либо посредством совершения завещательного распоряжения в письменной форме в том филиале банка, в котором находится этот счет. Постановлением Правительства РФ от 27 мая 2002 г. № 351 утверждены Правила совершения завещательных распоряжений правами на денежные средства в банках\*\*. В отношении средств, находящихся на счете, такое завещательное распоряжение имеет силу нотариально удостоверенного завещания.

\* Формы нотариальных свидетельств и удостоверительных надписей утверждены приказом Минюста России от 10 апреля 2002 г. № 99 // Российская газета, 2002, 24 апреля.

\*\* Российская газета, 2002, 31 мая.

Шестой семинар по стоимости и оценке психиатрических услуг

## **ПОЛИТИКА ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ И ЭКОНОМИКА: ЗНАЧИМОСТЬ ИССЛЕДОВАНИЙ**

*28 – 30 марта 2003 г., Венеция, Италия*

**E-mail: [info@inmpe.org](mailto:info@inmpe.org); [www.icmpe.org](http://www.icmpe.org)**

Международная конференция

## **СТРЕСС И АФФЕКТИВНЫЕ РАССТРОЙСТВА**

*26 – 30 апреля 2003 г., Люцерн, Швейцария*

**Тел. +41 22 908 04 88; E-mail: [info@stresscongress.info](mailto:info@stresscongress.info)**



## Заключение на экспертизу полковника Буданова

*Председателю Правления Российского общества психиатров,  
Зональному представителю ВПА  
по региону Восточной Европы и стран СНГ,  
Председателю экспертной комиссии по делу полковника Ю. Буданова  
Проф. В. Н. КРАСНОВУ*

### Глубокоуважаемый Валерий Николаевич!

Адвокат потерпевшей стороны в деле полковника Ю. Буданова С. Ю. Маркелов передал мне для публикации в Независимом психиатрическом журнале заключение британского судебного психиатра Стюарта Тернера (одного из ведущих в мире специалистов по посттравматическим стрессовым расстройствам) на акт стационарной комплексной психолого-психиатрической судебной экспертизы полковника Ю. Буданова в Государственном научном Центре социальной и судебной психиатрии им. Сербского. Поскольку это заключение содержит чрезвычайно ценный в профессиональном отношении материал в отношении самих критериев посттравматического стрессового расстройства в судебно-психиатрическом аспекте (как в самом тексте, так и в обширных приложениях), прошу Вас ознакомить с ним членов новой экспертной комиссии по делу полковника Ю. Буданова.

Международный резонанс, который уже получило это дело, и открытый характер процесса привели к тому, что многие материалы имеются в Интернете и широко обсуждаются как внутри страны, так и за рубежом. Это предъявляет особенно высокие требования к профессиональной аргументации, внятной для всех и не уклоняющейся от таких свидетельств, как заключение С. Тернера и мое (НПЖ, 2002, 2. 59 – 63).

Отечественная психиатрия проходит в деле полковника Буданова суровое испытание в отношении доверия общества, а в понимании ключевой роли этого фактора оба наши общества всегда были солидарны.

*Президент НПА России,  
Председатель секции “Психиатрия и права человека”  
Экспертного Совета при Уполномоченном  
по правам человека Российской Федерации  
Ю. С. Савенко*

Этот доклад подготовлен Стюартом Тёрнером.

Дата доклада: 19 июля 2002 г.

**Содержание:** Основания для доклада — 3; Инструкции — 4; Мнение — 4; История семьи — 4; Личность (характер) до участия в боевых действиях — 4; Повреждения головы — 6; Участие в боевых действиях — 7; Алкоголь — 9; Багреев — 9; Задержание и последующие события — 10; Осознание убийства — 10; Пост-травматическое стрессовое расстройство — 12; Резюме и возможные выводы — 13; Заключение — 16; Приложение 1 — Образование и квалификация Ст. Тёрнера — 17; Приложение 2 — Значение вызванных травмой психиатрических расстройств с точки зрения уголовного суда — 20; Приложение 3 — Посттравматическое стрессовое расстройство — 23; Приложение 4 — Декларация свидетеля-эксперта — 26.

### Основания для доклада.

1. Я — доктор Стюарт Тёрнер, консультирующий психиатр клиники Травматического стресса, созданной как национальный консультативный центр по вопросам ПТСР (пост-травматического стрессового расстройства). Мои титулы: Мастер искусств (университет Кембриджа), доктор медицины (университет Кембриджа), член Королевского колледжа врачей и член Королевского общества психиатров. Полный список титулов и опыта работы, позволяющих мне выступать в качестве эксперта, приводится в приложении 1.

2. Этот доклад подготовлен только на основе чтения текста психологической и психиатрической экспертизы № 1111 полковника в/ч 13206 Буданова Юрия Дмитриевича, г. р. 1963, обвиняемого в пре-



ступлениях, предусмотренных ст.ст. 105 ч. 2 п.п. "в"; 126 ч. 3; 286 п.п. "а", "в" УК РФ.

3. Экспертиза была проведена комплексной экспертной комиссией, включавшей:

— Председатель: докт. мед. наук, профессор Т. П. Печерникова

— Член комиссии: докт. мед. наук, профессор Ф. В. Кондратьев

— Член комиссии: канд. психолог. наук Ф. С. Сафуанов

— Член комиссии: полк. мед. службы А. М. Горбатко

— Член комиссии: подполк. мед. службы Г. А. Фастовцев

— Врач-докладчик: психиатр-эксперт Г. Н. Бурняшова

на основании решения военного суда Северо-Кавказского округа от 9 июля 2001 г.

4. Я также прочитал комментарий к этому докладу, подготовленный докт. Ю. С. Савенко.

#### **Инструкции.**

5. Мне были даны инструкции прочитать психиатрический доклад и прокомментировать его оценки.

#### **Мнение.**

6. Я постараюсь идентифицировать в последующих подпунктах положения, которые могут иметь отношение к вопросу диагноза. В некоторых случаях могут иметь место вопросы, на которые не будет ответа. Затем я попытаюсь свести все воедино в общее заключение или резюме.

#### **История семьи.**

7. Из прочитанного материала не возникает впечатления, что имеет место какое-либо сильное генетическое предрасположение к развитию психиатрических болезней.

#### **Личность до участия в боевых действиях.**

8. Существует много способов оценки личности. В общем, оценка личности удастся лучше при сведении вместе разных подходов. В этом докладе, по видимости, использовались три подхода. Есть самоотчет Буданова. Есть отчет его семьи и тех, кто его знал. Есть психометрическая оценка.

9. Общее заключение Буданова и тех, кто его знал, таково, что это был человек без особых трудностей в раннем развитии. Нет, например, истории насилия и злоупотреблений по отношению к нему в детстве. Его становление протекало как человека общительного, веселого и удачливого. Он проявлял упорство и целенаправленность. Он выглядит человеком, имевшим сильное моральное чувство. По отношению к другим он вел себя корректно. Он был способен поддерживать добрые отношения. Негативные аспекты личности включали тенденцию к вспыльчивости, грубости и даже взрывчатости.

10. Капитан медслужбы Купцов впервые увидел Буданова в сентябре 1999 г. Он описывает его в терминах более крайних степеней как возбудимого, взрывного, эмоционального, иногда резкого. Если это — изменение манеры его поведения, можно предположить, что он начинал обнаруживать признаки психиатрической болезни. Другими словами, это может быть болезненное состояние скорее чем особенности личность. Например, у некоторых людей депрессия ассоциируется с раздражительностью и напряжением. В то время он часто начинал кричать, но, в то же время, быстро успокаивался. Частые смены настроения были присущи ему; в моменты ярости он мог бросать разные вещи на пол. Ему выписывались лекарства от бессонницы. Есть ссылка на необходимость психиатрической экспертизы.

11. Имеются сведения экспериментально-психологического исследования. Эти результаты были получены после рассматриваемого события. Есть ссылка на черты возбудимости и истероидности, а также сензитивности, тревоги, ранимости, возбудимости, импульсивности и т.д. В последующих исследованиях было обнаружено, что имеются истощаемость внимания, нестабильность мышления, высокая эмоциональная возбудимость с тенденцией к вспышкам эксплозивности, сензитивность, ригидность, подозрительность, враждебность, агрессивность, повышенная импульсивность и т.д.

12. Прочитав этот материал, я считаю, что он дает основания полагать, что личностные характеристики Буданова не были необычными до опыта участия в боевых действиях. Его личность была, по всей видимости, ладно скроена для успеха во многих организациях — включая армию.

13. Тем не менее, есть основания полагать, что в его эмоциональном состоянии произошли изменения и, особенно, в самоконтроле импульсивного поведения и гнева; эти изменения развились после того, как он столкнулся с опытом участия в боевых действиях в Чечне.

#### **Повреждения головы.**

14. Я нахожу этот аспект доказательств самым трудным к расследованию. Видимо, в возрасте 25 лет он получил удар крышкой башенного люка и короткое время был без сознания. Видимо, имела место кратковременная потеря сознания, когда взрыв мины сбросил его с танка в январе 1995 г. Он не обращался за медицинской помощью. Также были краткие эпизоды потери сознания в октябре и ноябре 1999 г. Ни один из этих эпизодов не имел особого значения с его собственной точки зрения. Даже принимая во внимание все четыре вместе, у большей части людей не развиваются заметные нарушения личности вследствие минимальных повреждений, подобных вышеназванным. Видимо, ни в одном из этих случаев ему не тре-



бовалась медпомощь. По-видимому, имели место кратковременные потери сознания, из которых он выходил спонтанно. Возможно, множественные малые повреждения, подобные этим, могут быть причиной изменений психологических функций, но не похоже чтобы таковые были грубыми. Возможно, что эти повреждения головы были в определенной степени связаны с малыми изменениями контроля импульсов и раздражительности. Показания Купцова по этой позиции могли бы иметь особую силу, если бы они были подтверждены одновременными медицинскими доказательствами. Если бы медкарта (file) Буданова содержала сведения, что в 1999 г. была необходимость психиатрической экспертизы (а не данные ретроспективного — post-hoc — анализа), это указывало бы на возможную значимость повреждений головы. Мое собственное мнение таково: не похоже, что эти повреждения имели общий эффект на психологическое состояние Буданова.

15. Затем имеется экспериментальное психологическое исследование, которое не показало явных нарушений познавательной деятельности (мышления, памяти, внимания, интеллектуальной работоспособности). Выполнил задания на высоком интеллектуальном уровне, он был способен к абстрагированию и пониманию конвенциональных значений и логических связей. Эти данные также в высокой степени указывают, что эти повреждения головы не имеют отношения к его психологическим проблемам.

#### Участие в боевых действиях.

16. Наиболее важным являются переживания в январе 2000 г. Это был бой в Аргунском ущелье. В тексте много ссылок на этот инцидент. Видимо, это был жестокий бой; есть указания, что Буданов потерял большую часть офицеров своего полка — не в открытом бою, но от огня снайперов. Есть ссылка, что Буданов высказывал идею, что он найдет снайпера, и есть сильные основания полагать, что он хотел отомстить. Видимо, он носил при себе поляроидную фотографию группы людей, включавшей предполагаемую женщину-снайпера.

17. В феврале 2000 г. имеет описание ненормального поведения в семье. Видимо, он был нервным, непрерывно курил сигареты, был почти необщительным, отвечал односложно и становился очень нервным, даже когда шумел ребенок. Он казался нервным и угнетенным гибелью офицеров и солдат его полка. Он показывал в семье фотографии этих офицеров и их могил. Его глаза были полны слез. Члены семьи сообщают, что никогда раньше не видели его в таком состоянии. Имеется описание инцидента, когда он предположительно был близок к тому, чтобы сбросить своего маленького сына вниз с балкона.

18. Есть ссылка на показания офицеров, что он стал более вспыльчивым и раздражительным и обви-

нял себя в смерти военнослужащих. Он проявлял постоянно депрессивное настроение.

19. В марте 2000 имеется описание того, как он бросил гранату в самодельную печку в палатке. Видимо, это был эпизод, когда он переживал гнев. Его офицеры отмечают, что он просил прощения за свое поведение, когда успокаивался.

20. Есть описание того, как он ударил чеченца, который затем оказался главой администрации села Танги.

21. Имеется описание ряда форм непоследовательного поведения. Он освободил одного из захваченных чеченцев. Другой чеченец был освобожден после того, как согласился назвать предполагаемых “боевиков” или тех, кто им помогает. Чеченец указал на дом, в котором, по его словам, проживала “женщина-снайпер”.

22. Таким образом, прослеживается связь между избиваемой в январе 2000, смертью его офицеров и снайперским огнем с предполагаемой женщиной-снайпером; эта связь предстает фокусом его внимания. Обнаружение этой женщины-снайпера выглядят не чем-то, что было случайным или импульсивным актом, но чем-то, что было его намерением.

#### Алкоголь.

23. Нет указаний на фоне событий или в описании этого дня, что алкоголь занимал важное место в событиях ночи, когда умерла Кунгаева. Он говорил, что выпил не более 250 мл водки до 3.00 пополудни. Это не такое уж малое количество алкоголя, но не похоже, чтобы его эффекты были выражены к полуночи. Я допускаю, что не располагаю независимыми доказательствами относительно количества выпитого им, или касательно возможности того, что он мог выпить еще в КУНГе позднее. Тем не менее, в настоящее время все, что я могу сказать, это то, что в свете фактов алкоголь не выглядит важным фактором случая.

#### Багреев.

24. Имеется суммарное описание насилия против Багреева. Есть описание самого Буданова, как он избивал и приказал арестовать Багреева. Он обращался с ним, унижая его, и наказал его тем, что связал и поместил в яму для наказаний.

#### Задержание и последующие события.

25. По-видимому, после 11.00. пополудни Буданов поехал в село Танги и вошел в дом, где было пятеро вооруженных молодых людей. Старшей из них была Кунгаева. Ей было 18 лет. Она была задержана, завернута в покрывало и забрана в распоряжение части. Ее задержание проводилось “под дулом пистолета”. В расположении Буданов, как видно, приказал поместить ее в КУНГ — помещение, в котором он жил. Он был там с ней “один на один”. Похоже, они пробыли там вместе от одного до двух часов. Слышался крик. Девушка плакала; по одному из описаний похоже, что это был испуг. Все согласны, что в конце



этого периода девушка была обнаружена лежащей на спине на кушетке в жилище Буданова. В одном из описаний ее ноги были раздвинуты. На ней совсем не было одежды. Буданов был описан как полуголый и переодевающийся.

#### Осознание убийства.

26. Буданов, как он описан в этом докладе, “уверенный в том, что Кунгаева Э. В. принимала участие в незаконных вооруженных формированиях и была связана со смертью его подчиненных в январе 2000 г., решил уизбиваемь ее”. В другой части доклада утверждается, что согласно его собственным показаниям, он “не собирался убивать Кунгаеву Э. В., и не думал о сексуальных посягательствах”. Он описал драку, в которой он пытался удержать ее; в ходе этой драки ее одежда была частично порвана. Он описал, как она пыталась дотянуться до пистолета, а он начал прижимать ее тело к кушетке. Он утверждал, что “перед его глазами в этот момент мелькали лица всех солдат и офицеров, погибших в Аргунском ущелье в январе 2000”. Согласно показаниям Буданова Ю. Д., он не помнит, что происходило дальше, включая его собственные действия. Когда он понемногу начал приходить в сознание, он увидел, что Кунгаева Э. В. лежала на кушетке и не двигалась; где точно и как она лежала, он также не помнит. Но поскольку Кунгаева не двигалась, он понял, что задушил ее; он был испуган и вызвал команду БМП в КУНГ. Когда они вошли, он сказал, что “Кунгаева вроде умерла”, и “похоже, я ее убил”.

27. Эта позиция важна. Я склонен думать, что этот случай может быть рассмотрен как “flash-back experience” (болезненное переживание ожившего “как вспышка молнии” воспоминания прошлой травмы). Ниже я опишу это более подробно.

28. В последующих событиях есть описание Буданова в весьма необычном психическом состоянии. Это состояние не укладывается в какие-либо рамки анализа. Если бы он просто убил 18-летнюю девушку, возможно даже с изнасилованием, следовало бы говорить о нарушении психического состояния. Подобным же образом, если бы здесь имел место любой вид переживания “flashback”, это также вело бы к мысли о нарушении психического состояния. Доказательства, однако, не выглядят несущими какую-либо помощь.

29. В этом смысле, следует упомянуть анализ ЭЭГ. Согласно докладу, ЭЭГ показывает пароксизмальную активность (в другом месте как соответствующая предрасположению к эпилепсии). Тем не менее, нет описания каких-либо явных эпилептических судорог. Нет также и твердых доказательств эпилептического паттерна ЭЭГ. В отсутствие явных доказательств я опускаю возможность эпилепсии. Мне кажется, что эту возможность эксперты обязательно рассмотрели

бы, однако никаких явных доказательств обнаружено не было.

#### Посттравматические стрессовые расстройства.

30. Имеют место доказательства посттравматического стрессового расстройства. При экспертизе его психологического состояния, например, он описывал как при полной ясности, живости и эмоциональной насыщенности (так у автора!) картины избиваемвы в Аргунском ущелье. Со слезами на глазах, он докладывал, как видит обезображенные трупы своих погибших товарищей, их раздавленные тела и головы, простреленные снайперами. Он описывает, как видит майора, которого пытали и отрезали половые органы. Он говорил, что никогда не забудет, и что эти картины будут преследовать его всю его жизнь и приходить к нему во сне. Есть доказательства раздражительности и сниженного настроения.

31. Я не в состоянии дать какой-либо ясный диагноз (поскольку не проводил оценку), но на основе этих описаний существует по крайней мере сильная возможность того, что Буданов страдает посттравматическим стрессовым расстройством. Прилагаю копию диагностических критериев как приложение к этому докладу.

32. Есть еще одно описание, которое сочетается с поведением, характерным для “flashback”. “Замечают частую смену настроения, даже в течение коротких промежутков времени. Он фиксирован на воспоминаниях войны, очень ярких, живых, “сценopodobных, как картины”, с чувством реальности происходящего; это сопровождается манифестными вегетативными реакциями. Вместе с тем, замечают аффективную ригидность с фиксацией на негативных с его точки зрения переживаниях, высокую тревожность, депрессию, пониженный фон настроения, выраженное напряжение, поглощенность своими собственными переживаниями”.

#### Резюме и возможные выводы.

33. На основе этого материала (я полностью согласен, что сюда следует включить много фактов, которые суду еще предстоит определить), у меня сложилось впечатление, что Буданов — человек решительный и настойчивый, который прекрасно действует внутри такой структуры как армия. Он пережил несколько малых повреждений головы, но в действительности очень мало доказательств, что они привели к серьезным повреждениям личности или функций. В особенности, не было нарушений способности к интеллектуальной деятельности, заметных в тестах. Возможно, были доказательства оперативной усталости, напряжения или депрессии в конце 90-х годов. Очень значимым представляется инцидент избиваемвы в январе 2000 г. У меня на основе этой информации сложилось впечатление, что у него развилось посттравматическое стрессовое расстройство как по-



следствие избиваемвы. Также представляется, что он развил обдуманый план, мишенью которого стала женщина-снайпер, чью фотографию он хранил в своем автомобиле. Мне кажется, что таковы две линии, по которым суд должен вынести суждение.

34. Если верно, что у него развились посттравматическое стрессовое расстройство (а имеются хорошие описания “flashbacks” и других навязчивых переживаний), тогда встает вопрос — было ли это преступление совершено в течение эпизода “flashback dissociation”. Диссоциация это нарушение обычно интегрированных функций сознания, памяти, идентичности и восприятия. При переживании “flashback” индивидуум оказывается как будто вновь переживающим наяву прошлую травму. Это может быть ассоциировано со значительным нарушением сознательной оценки того, что происходит действительно в настоящее время.

35. Я включаю как приложение 2 к этому докладу выдержку главы Клейнмана в книге, изданной Ричардом Рознером, озаглавленной “Принципы и практика судебной психиатрии”. Она была опубликована в 1994 г. Чепменом и Холлом в Нью-Йорке. Это американский учебник; таким образом, он трактует законы так, как это практикуется в США. Глава Клейнмана называется “Вызванные травмой психиатрические расстройства в уголовном суде”.

36. В главе есть ссылка на великолепную статью Бланка (1985 г.). Арт Бланк имеет значительный опыт работы с вьетнамскими ветеранами. Он определил ряд критериев оценки поведения, вызванного местом переживания “flashback” в контексте человекоубийства.

37. В английском праве мало материалов, относящихся к возможности посттравматического стрессового расстройства, ведущего к состояниям автоматизма. Это выглядит возможным, хотя и маловероятным последствием посттравматического стрессового расстройства. Статья Бланка как раз относится к этому предмету.

38. Насколько я представляю себе этот случай, мне кажется, что возможен выбор в формулировании обсуждаемых действий этой ночи.

39. Согласно первой формулировке, Буданов — человек, у которого развились серьезное эмоциональное нарушение после опыта избиваемвы в январе 2000 г. Это нарушение привело его к диссоциативному акту, при котором он едва не выбросил своего малолетнего сына с балкона. Это нарушение было достаточным,

чтобы привести к переживанию “flashback”, которое может в целом объяснить его неспособность вспомнить акт человекоубийства. Слабость этой формулировки в том, что трудно объяснить, как жертва могла быть найдена совершенно без одежды. В борьбе ее одежда могла быть порвана, но не полностью снята. Это обстоятельство подразумевает целесообразный акт.

40. Так что вторая формулировка может быть в целом следующей. Этот человек действительно перенес очень травмирующий опыт в январе 2000 г. Этот опыт избиваемвы оскорбил его моральное чувство. Большая часть боевых потерь была причинена снайперами. Это могло переживаться как нечестные правила войны. У него была фотография снайпера, которую он носил при себе. Он составил план. Он нашел женщину, которая, как он полагал, была снайпером и задержал ее. Она была безоружной. В расположении части она была помещена не в обычную камеру, но в помещение, которое он использовал как спальню. Это было среди ночи. Слышали, как она плакала. Ее нашли полностью обнаженной в его постели. То, что она была обнажена, подразумевает целесообразный акт, который предположительно включал в себя покушение на изнасилование или само изнасилование. Это, я считаю, не вписывается в переживание “flashback”. Поэтому предлагается альтернативное объяснение, что он действовал по умышленному плану — с целью мщения.

#### Заключение.

41. В литературе, в особенности подобной статье Бланка, содержатся данные, которые могут помочь суду при решении вопроса, которое из двух объяснений более вероятно. Я считаю, что то, что ее нашли раздетой, склоняет выбор в пользу второго объяснения. Почему еще ее привезли в его спальню? Каким было его намерение? Это не выглядит нормальным военным допросом. Зачем ему допрашивать ее самолично? Почему вообще возникла возможность борьбы? Все это выглядит имеющим отдельную побудительную силу (намерение). Этот доклад не утверждает, что были какие-то доказательства покушения на изнасилование по данным посмертной судебно-медицинской экспертизы. Я считаю, несмотря на изученные доказательства, представленные суду, в интересах естественного правосудия было бы полезно продолжить независимый пересмотр психического состояния Буданова и доступных доказательств.

Стюарт Тёрнер,  
консультирующий психиатр

*Приложение 1. Образование и квалификация (жизненный и профессиональный путь С. Тернера; см. п. 1 Оснований для доклада)*



## Приложение 2. Место вызванных травмой психиатрических расстройств в уголовном суде

Стюарт Б. Клейнман,

доктор медицины, Университет Колумбии;

Клиника судебной психиатрии уголовного и высшей инстанции суда Манхеттена

“Вызванные травмой психиатрические расстройства, например, посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР); синдромы, например синдром травмы изнасилования (Берджесс и Холстром 1974), синдром “избиваемой женщины” (Уолкер 1979, 1984); и реакции, например, диссоциативные реакции, в возрастающей степени используются адвокатами в уголовном судопроизводстве для целей как экскульпации, так и обвинения.

### ПТСР как защита наличием безумия.

Включение ПТСР в “Диагностическое и статистическое руководство по психическим расстройствам (Американская психиатрическая ассоциация)” произошло большей частью из-за социального признания эмоциональных нарушений у многих солдат, служивших во Вьетнаме. ПТСР служил не только “пропуском” на лечение этих ветеранов, но и основанием для защиты безумием. Люди с высоким риском развития ПТСР, те кто служил в зонах интенсивных боев (Бреслау и Дэвис 1987), могут иметь высокий риск быть обвиненными в уголовных преступлениях (Марсиньяк 1986). Исследование вьетнамских ветеранов-добровольцев (Уилсон и Зигельбом 1983) показало, что тяжесть ПТСР была связана с насильственными криминальными действиями. В то же время в этом же исследовании показатель нарциссизма в “Анкетном тесте стресса вьетнамской эры” значимо коррелировал с расстройствами социального поведения и контроля агрессивности (disorderly conduct and assault). Эти данные ставят вопрос, могут ли особенности личности (характера) сами по себе, даже при наличии сосуществующего ПТСР, первично определять криминальную активность ветеранов. Степень, в какой ПТСР, независимо от других факторов, влияет на мышление и/или поведение, есть “краеугольный камень” использования ПТСР в защите безумием.

В юрисдикции, где защита безумием основывается на когнитивном тесте, диссоциативная реакция есть тип реакции травматического стресса наиболее подходящая для удовлетворения критерию неполной уголовной ответственности. Тип диссоциативной реакции в наибольшей степени годен быть экскульпирующим при поведении, вызванном “flashback (далее по тексту — “вспышка”)”. Тем не менее, особенно в отсутствие свидетелей, бывает трудно проверить, действительно ли поведение было вызвано “вспышкой”. Критерии оценки вызванного “вспышкой” поведения были разработаны Бланком (1985). Они включают: 1. Поведение-“вспышка” не преднамеренно и внезапно, 2. Поведение-“вспышка” нехарактерно для

индивидуума, 3. Наличествует обнаруживаемая история одного или более интенсивно травматичных боевых событий, которые вновь актуализируются в эпизодах “вспышек”, 4. Может быть амнезия всего или части эпизода (ее труднее всего проверить), 5. Поведению-“вспышке” недостает текущей мотивации, 6. Стимулами поведения-“вспышки” могут быть явления актуальной обстановки, служащие реминисценциями первичного переживания во Вьетнаме, 7. Пациент по большей части не отдает себе отчет в том особом образе, которым он повторил и актуализировал переживания войны, 8. Выбор жертвы может быть нечаянным или случайным, 9. У пациента имеются или имелись другие симптомы ПТСР.

Дело, хорошо иллюстрирующее применение ПТСР для защиты безумием — “Штат против Хедса” (1981). Чарлз Хедс был обвинен в убийстве за то, что ворвался в дом своего шурина в поисках своей ушедшей жены, стрелял несколько раз и убил своего шурина из 45 мм автоматического пистолета. Хедс был осужден за убийство в 1978 г. И позднее подал апелляцию в 1981 г., когда была опубликована ДСМ-3 (АПА 1980). В своей апелляции он настаивал, что не должен нести уголовную ответственность, поскольку как страдающий ПТСР, был неспособен различать правильное от ложного (правило Мак-Нафтена) во время деяния. В судебном заседании было отмечено, что Хедс был ветераном военно-морских сил с превосходным послужным списком, что он был “головным дозорным” в 38 долговременных разведывательных патрулях, что у него не было предшествующих правонарушений и что он пережил по крайней мере две диссоциативных реакции, предшествующие выстрелам в своего шурина. В день рассматриваемого правонарушения, по показаниям обвинительного заключения, Хедс был совершенно “выизбавлен из колеи” бегством своей жены в дом ее брата; было показано, что этот стресс, в сочетании с лесистым окружением дома шурина, напоминая Вьетнам, запустил диссоциативный эпизод. Находясь под воздействием этого диссоциативного состояния, Хедс был описан как “автоматически действующий” и был определен как использующий тактику обнаружения и уничтожения засады, чтобы убить своего шурина. Стоит заметить, Хедс настаивал, что плохо припоминает свое поведение.

После двух недель обсуждения, жюри определило, что Хедс был неспособен различить правильное от ложного во время правонарушения, и поэтому был невиновен по причине безумия.



**Защита mens rea (отсутствием умысла).**

Диссоциативные эпизоды могут быть использованы при защите неосознанием смысла деяния, mens rea (Спарр и Аткинсон, 1986) для демонстрации, что подзащитный не был полностью способен формулировать необходимое намерение совершить криминальный акт. Эта защита имеет то преимущество, что если она успешна, то зарабатывает безоговорочное оправдание для подзащитного. Диссоциативные реакции, например, “вспышки”, могут иметь место как часть ПТСР, а могут и в форме диссоциативных расстройств, например, множественного расстройства личности; могут они иметь место также в виде (психологических) защитных маневров в ответ на сокрушительный стрессор, например, угрозу собственной жизни.

Пример использования диссоциативного эпизода для поддержки заключения о “mens rea” содержится в деле “Народ против Тзе” (1991). В этом деле на Дэвида Тзе, преуспевающего бизнесмена, напал член китайской банды известный как в китайской общине, так и криминалистам как убийца. Бандит, по показаниям Тзе, вломился в его офис, направил на него оружие и стал угрожать ему убийством, если он немедленно не отдаст большую сумму наличных. Тзе сообщил, что у него не было требуемой суммы в непосредственном распоряжении, что он верил, что бандит действительно собирается его убивать и что пока бандит на мгновение перевел взгляд на подсчитываемые (недостаточные) деньги, которые Тзе дал ему, Тзе выхватил лицензированный пистолет, который носил за поясом, и выстрелил в бандита. Тзе настаивал, что не помнит свои действия после того, как выстрелил один или два раза. Полицейское расследование установило, что было сделано 18 выстрелов из принадлежавшего Тзе 6-зарядного пистолета. Тзе признал результаты полицейского расследования, но настаивал, что он не припоминает, как дважды перезаряжал свой пистолет, как на то указывают улики.

Тзе сообщил, что приобрел свой пистолет почти девять лет назад, после ограбления под прицелом оружия; это так напугало его, что на следующий день он перебрался в другой штат. Он рассказал, что после приобретения пистолета он еженедельно тренировался в “боевой стрельбе”, под наблюдением личного тренера, в прошлом военного моряка, который подтвердил его показания. Боевая стрельба, объяснил он, требовала от него выстрелить 18 раз, то есть дважды перезарядить пистолет как можно быстрее. Он рассказал, что практиковался также в боевой стрельбе дома, холостыми патронами, и что обычно носил двенадцать боевых (снаряженных) патронов в под сумке на поясе рядом с полностью снаряженным пистолетом.

В роли теста для защиты выступил психиатр-эксперт с оценкой трактовки вопроса о жертвах преступления и психологическом ответе на травму. Психиатр сконцентрировал внимание на диссоциации, описал

диссоциативное поведение как “действия на автопилоте” и объяснил, используя примеры солдат в бою и полицейских в перестрелках, как даже по внешности сложное поведение деятеля может протекать с неполным самоконтролем или совсем без него. Подзащитный был оправдан как по обвинению в убийстве, так и по попытке убийства.

**Синдром избиваемой женщины.**

Вызванные травмой психиатрические синдромы могут быть использованы для поддержки защиты оправданием. Синдром избиваемой женщины (СИЖ) может быть использован для объяснения двух компонентов заявления о самозащите: 1) субъективная боязнь подзащитного получить серьезные повреждения или смерть и 2) разумность этой уверенности (Джиа-нелли и Митчелл 1989). В образцовом деле “Ибн-тамас против США” (1979) апелляционный суд постановил, что суд первой инстанции ошибся, когда не разрешил экспертные показания относительно СИЖ, заключив, что такие показания могли бы помочь при изучении фактов для понимания того, “почему ментальность и поведение таких (избиваемых) женщин отлочно от обычного представления о том, как следует реагировать на избивающего супруга; и, таким образом, могли бы составить базис, исходя из которого жюри могло бы понять, почему миссис Ибн-тамас чувствовала себя во время стрельбы в ситуации надвигающейся опасности”.

Когда защита оправданием используется избиваемой женщиной, прокурор может выдвинуть аргумент, что избиваемая женщина уклонялась от поиска помощи, или от бегства из ситуации избиения. СИЖ использовался, чтобы объяснить, почему психологическое состояние избиваемой женщины не позволяет ей сделать это. В “Штат против Келли” (1984), например, суд постановил: “Только понимая эти уникальные прессы, которые принуждают избиваемых женщин оставаться с их мужьями, вопреки их долгому и разумному страху тяжкого телесного повреждения и изоляции, которую создает чувство того, что ты — избиваемая женщина, можно точно и правильно понять состояние разума избиваемой женщины”.

**Синдром травмы изнасилования.**

Синдром травмы изнасилования (СТИ), в настоящее время рассматриваемый как вариант ПТСР, был впервые использован в поддержке (голословного) утверждения об изнасиловании (или покушении на изнасилование), то есть, что сексуальная активность была не по согласию, и для объяснения поведения (предполагаемой) жертвы изнасилования или покушения на изнасилование. Например, СТИ может быть использован для объяснения отречения или задержки в заявлении (предполагаемой) жертвы изнасилования (Словенко 1984). Центральный вопрос для суда заключается в том, не являются ли показания относительно СТИ более осуждающими нежели защищающими по направленности (Фрезер и Борджида



1985). Осуждающие показания, согласно Коулмену (1982), чаще всего возникают, когда показания признаются “показывающими пальцем обвинителя в подзащитного”.

Чтобы быть приемлемым, СТИ должен в общем подтверждать, а не прямо подкреплять кредит доверия истца (Кэйд и Имвинкельрид 1983). Поддержка доказательств первично обращается к фактам и только опосредованно — к достоверности показаний и таким образом, не в пример подкреплению доказательств, не вмешивается в сферу суда (Фрезер и Борджида 1985). Показания, что истец страдает симптомами, обычно обнаруживаемыми среди жертв изнасилования, а не что истец говорит правду, суть показания подтверждающие. Показания, что истец говорит правду о том, что изнасилование (или покушение) имело место, суть подкрепляющие.

В образцовом деле “Штат против Маркса” (1982), Верховный суд Канзаса постановил, что показания психиатра о том, что истец был жертвой нападения и страдал от СТИ, суть приемлемые, заключив, что “экспертиза литературы ясно показывает, что так называемый “синдром травмы изнасилования” обычно признается общей реакцией на сексуальное нападение... в этом качестве, квалифицированное экспертное психиатрическое свидетельство относительно наличия синдрома травмы изнасилования, относится к делу и приемлемо в деле, подобном этому, где защита согласна”.

Напротив, в образцовом деле “Миннесота против Сальданы” (1982) Верховный суд Миннесоты постановил, что показания советника жертвы изнасилова-

ния о том, что она, в конечном итоге, верит скорее в то, что истец была изнасилована, чем в то, что она фантазировала, неприемлемы: “Синдром травмы изнасилования — не инструмент для поиска фактов, но терапевтический инструмент, полезный в консультировании. Поскольку жюри обязано иметь дело с определением фактов и применением закона, и поскольку доказательства реакций других людей не помогает жюри в его функции поиска фактов, мы находим, что принятие экспертных показаний о синдроме травмы изнасилования будет ошибкой”.

#### Заключение.

По мере того, как диссоциативные расстройства (и реакции) будут познаваться, они будут все более регулярно использоваться в защите наличием безумия и отсутствия умысла (*mens rea*). Хотя инструменты для помощи в диагностике подобных состояний, такие как шкала диссоциативных переживаний (Бернстайн и Путнэм 1986), уже предлагались, симуляция остается тяжелой проблемой. Диссоциативные реакции могут длиться лишь секунды, и оставляют после себя мало следов (или совсем не оставляют их).

Тем не менее, надежность диагноза ПТСР в судебной ситуации обещает возрасти по мере того, как растет число нейрофизиологических измерений этого расстройства. Однако манера, в которой вызванные травмой психиатрические расстройства, синдромы и реакции относятся к данному поведению в данное время будет и далее требовать наилучшего клинического суждения судебного психиатра.

#### Список литературы.

### Приложение 3. Посттравматическое стрессовое расстройство. Диагностические критерии из ДСМ- IV.

А. Человек (персона) был подвержен травматическому событию, в котором находились оба нижеследующие:

1) человек (персона) пережил, был свидетелем или столкнулся с событием или событиями, которые включали в себя действительную или угрожающую смерть или серьезное повреждение, или угрозу физической целостности его самого или других;

2) ответ человека (персоны) включал в себя интенсивный страх, беспомощность, ужас. Заметка: у детей это может выражаться, вместо того, дезорганизованным или возбужденным поведением.

Б. Травматическое событие постоянно переживается вновь одним (или более) из следующих способов:

1) возвратные или навязчивые болезненные воспоминания о событиях, включая образы, мысли, восприятия. Заметка: у маленьких детей могут иметь место

повторные игры, выражающие темы или аспекты травмы;

2) возвратные болезненные сновидения о событиях. Заметка: у детей могут быть устрашающие сновидения без распознаваемого содержания;

3) действия и чувства как если бы травматическое событие вернулось (включает чувство ожившего пережитого, иллюзии, галлюцинации, диссоциативные эпизоды “вспышек”, включая таковые, имеющие место при пробуждении и в интоксикации). Заметка: у маленьких детей может иметь место травма специфическое “разыгрывание”;

4) интенсивный психологический дистресс при контакте с внутренними или внешними ключевыми значениями, которые символизируют или напоминают аспекты травматического события;

5) физиологическая реактивность при контакте с внутренними или внешними ключевыми значениями,



которые символизируют или напоминают аспекты травматического события.

В. Постоянное избегание стимулов, ассоциированных с травмой и “оцепенение” общей реактивности (отсутствовавшее до травмы), проявляющееся следующими тремя (или более) явлениями:

1) усилия для избегания мыслей, чувств или разговоров, ассоциированных с травмой;

2) усилия для избегания действий, мест или людей, вызывающих воспоминания о травме;

3) неспособность вспомнить важный аспект травмы;

4) значительное снижение интереса и участия в важных делах;

5) чувство оторванности или отчуждения от других;

6) суженный круг аффекта (в т.ч. неспособность иметь любовные чувства);

7) чувство укороченного будущего (в т.ч. не надеется сделать карьеру, жениться, иметь детей, нормальный жизненный размах).

Г. Постоянные симптомы возросшего бодрствования (отсутствовавшие до травмы), проявляющиеся следующими тремя (или более) явлениями:

1) трудности засыпания и сна;

2) раздражительность и вспышки гнева;

3) трудности концентрации;

4) сверхбодрствование;

5) преувеличенная реакция на испуг.

Д. Продолжительность нарушения (симптомов Критериев Б, В и Г) более одного месяца.

Е. Нарушение служит причиной клинически значимых дистресса или поражения в социальной, трудовой или другой важной области функционирования.

Следует различать:

**ОСТРЫЙ:** если продолжительность симптомов менее трех месяцев

**ХРОНИЧЕСКИЙ:** если продолжительность симптомов 3 месяца и более

Следует различать:

С отставленным началом: если появление симптомов не менее чем через 6 месяцев после стрессора.

#### Приложение 4

##### Заявление эксперта-свидетеля.

Я хочу сделать следующее заявление об этом докладе:

— Я понимаю, что как эксперт-свидетель я обязан и должен помогать Суду по предмету, находящемуся в пределах моей экспертизы. Я понимаю, что этот мой долг превосходит любые обязательства перед человеком, от которого я получил инструкции или который мне платит.

— Я подчинился этому долгу.

— Я подтверждаю, что постольку, поскольку факты, установленные в моем докладе, находятся в пределах моего знания, я изложил их ясно и я верю, что они правдивы и что мнение, которое я выразил, представляет мое правдивое и полное профессиональное мнение.

— Этот доклад включает все материалы, имеющие отношение к источникам моих свидетельств эксперта.

— Я привел в этом докладе детали всех предметов, которые могут влиять на состоятельность (validity) этого доклада.

— Я адресовал этот доклад Суду.

— Я пытался иметь дело с теми источниками, которые были предложены моему вниманию или которые выглядят относящимися к моему пониманию этого дела. Если есть еще материалы, которым требуется мое внимание, то отсутствие их какого-либо специального комментария в этом докладе не следует принимать как подразумевающее, что я не имею мнения по этому поводу. Я был бы счастлив разъяснить этот доклад любым способом, если потребуется.

## VIII Международный конгресс

### “КОНСТРУКТИВИЗМ И ПСИХОТЕРАПИЯ”

14 – 18 июня 2003 г., Бари (Италия)

Факс +39 0805240797

+390805212660



## Мода в медицине

А. И. Ойфа

*Мода — творчество человеческой посредственности.*

*Следование моде — низвержение к примитиву без алмаза научного скепсиса.*

Речь здесь пойдет не об одежде, не о столбообразных, туго накрахмаленных колпаках хирургов, цветных халатах и цокающих каблучках врачей-женщин, не о прическах, а о том, что в ряде изданий БМЭ для термина “мода” места не нашлось. Быть может, в медицинской науке нет места моде? Это далеко не так.

В энциклопедическом словаре Ф. А. Брокгауза и И. А. Ефрона (С-Пб., 1896, т. XIX, С. 579) статья о моде конечно же имеется (**modus**, лат., **la mode** фр., **fashion** англ.). Там сказано, что нет однако такой сферы культурной жизни, которая могла бы совершенно избежать влияния моды. Ей подчиняются философские учения и поэтические произведения, имея характер порицания... ввиду проявления стадности. На одесском жаргоне это звучит так: — “лопни, но держи фасон”.

Связь моды с одеждой общеизвестна и имеет свою богатую историю. Филолог, парижанка Мари Андрэ любила повторять: модно то, что тебе к лицу. Профессор К. А. Ганшина в своем французско-русском словаре (1929) указала, что мода — “личная манера, образ действия, обыкновение, вкус”. С этим бороться невозможно... да и надо ли. В латинско-русском словаре термин имеет 11 значений. Мы выбрали 9-ое: — правило, предписание. В заметках о термине “мода”: БСЭ (изд. 1954, т. 28; 1974, т. 16), а также в словарях русского языка, всюду подчеркивается непродолжительность господства популярности моды и то, что она не имеет глубоких основ.

Многие годы раздумий над явлением моды в науке во многом нашло свое разрешение в блистательной статье публициста Ю. Буйды — “Мода и власть” (Ж. “Новое время”, 2000, № 30, с. 26 – 40), которая заставила нас поведать о собственных наблюдениях.

Мой рецензент профессор истории Е. А. Князев, однако, придерживается оригинальной точки зрения авангардизма моды, которая выполняет роль механизма замены старого на новое. В этом ее неизбежность, ибо она создает новый стиль. Кстати, во всех справочных изданиях стиль строго отграничивается от моды. Историю сравнивают с искусством и даже поэзией, так что ждуть здесь науке, особенно медицин-

ской — нечего. Историк считает, что те кто презирает моду — старомодные консерваторы, контрреформаторы и даже “нафталин”. Дальнейшее изложение основной темы, надеюсь, опровергнет такой подход к проблеме моды в нашей науке.

Будущий академик, заместитель директора по науке ведущего института АМН в 60-ые гг. принимает отчеты лаборатории патологической анатомии: — Вы всегда отстаете, все уже носят “мини”, а вы — “макси”. Другой аргументации у начальствующего элемента не нашлось. Ю. Буйда пишет о тирании лихой моды, террора новизны и переходе из подлинной ..... в сферу моды. Чтобы морфология выдала новое обобщение нужны годы сопоставлений. Нет, вынь да положь новое... модное.

Еще один пример. Медицинский мир изучает лимфоциты, иммунокомпетентную клетку. Иммунологи, биохимики, биофизики и даже электронные микроскописты. А директор Центра, академик, кондовый клиницист А. В. Снежневский — сомневается: — Выйдет ли что-нибудь из этих лимфоцитов для психиатрии? Ответ ясен: — Психические болезни это заболевания мозга и лимфоидная система имеет косвенное отношение к нему. В мозгу, если нет энцефалита, лимфоциты — наперечет. Но чтобы заняться мозгом надо иметь систематическое образование, каким располагали наши знаменитые предки, например В. М. Бехтерев. Изучение мозга дилетантов не приемлет. Однако существует спорная проблема нейроаллергии, и она модна. А то, что барьеры мозга надежно прикрывают структуры мозга от аллергенов, это “консерватизм”, “нафталин”. Еще страшнее полемика вокруг аутоиммунного фактора в генезе психических заболеваний. Новомодное и очень стойкое заблуждение. Есть нейроаллергия при энцефалитах, ревматизме мозга и особенно при СКВ, а остальное — домыслы: мозг надежно укрыт от сомы, где и разворачиваются аллергические осложнения. Пора перейти к анализу значимости иммунодефицита при поражениях мозга, хотя и это грозит обернуться в банальную моду.



Итак, мода — это “непрочная (к сожалению, не всегда, как к примеру все еще существующая идея нервизма...) быстропроходящая популярность” (СЭС, М, 1981, с. 828). Бесплодная погоня за популярностью и есть суть моды в науке. Нетрудно вспомнить бесконечное количество этих проявлений суеты. Как же формируется мода в науке? Сначала появляется оригинальное исследование. За ним следует совершенно оправданное желание многих воспроизвести эти результаты. Более того, это и неизбежно, и закономерно. Но вслед появляются эпигоны, спекулирующие на добытых фактах, без их продолжения. Так было в 60-ые гг. после возведения в степень ретулярной формации мозга, которую некоторые даже объявили “ложем интеллекта”. Далее пошло-поехало: начали фотокопировать чужие монографии, выступать на симпозиумах и т.д. и т.п., т.е. это стало модным в научной среде.

Но, — “Не увлекайся мудростью чужой,  
Она цветиста, но увы — бесплодна”  
(Галеви, 1075 г.).

Вульгарной моде свойственна беззатратная эксплуатация открытий. Все повторилось с лимбической системой в 70-ые гг. (круг Папоца). Немодными стали загадки новой коры, мода сосредоточилась на — старой. Дальше — больше, хаос дезориентации этих нейронов стал возводиться в степень и, конечно же, не обошлось без модной морфометрии (потуги квантификации...) и прочих нейротрансмитеров. А в новой коре позабыли о слоях и перешли к новомодным колонкам, которые еще ничего вразумительного не дали.

Сейчас на очереди стал апоптоз, которого в лизирующихся ядрах гибнущих нейронов просто нет, но мода диктует свои “законы”. И пустопорожние разговоры поселились в лабораториях и даже клиниках, а также на конференциях, без права обсуждения.

Приведем клинический пример. Американцы объединили сенильное и пресенильное слабоумие в одну болезнь Альцхаймера. Придерживаться классических европейских канонов стало немодно и родился компромисс: “слабоумие типа Альцхаймера”. А ведь патологическая анатомия этих слабоумий различается порой резко, как и клиника, да и терапия. Но как же иначе, если Р. Рейган в сенильном возрасте заболел вдруг пресенильным страданием. Но янки записали, вот и приклеилась болезнь Альцхаймера к старику, вопреки самому А. Альцхаймеру, который в 1907 г. выделил эту болезнь. Да и терапия практически возможна лишь в предстарческом возрасте.

Какова судьба моды в науке? Она чаще всего быстро устаревает, а содержащееся в ней новое становится привычкой, пишет В. Ф. Войно-Ясинецкий (“Дух, душа, тело”, М. 1999, с. 149). Мода быстро вянет, сохраняясь лишь в памяти книголюбцев. Мода очень дурно влияет на жизнь лабораторий и клиник, лишая

их последовательности, преемственности работ, и, главное, самобытности.

Вспомним позорный конфуз Павловской сессии АМН СССР 1948 года, когда “мода” была навязана всей стране. Доходило до курьезов: идет разбор неясного соматически вскрытия, все в растерянности; вдруг раздается — “И: потом кора головного мозга”, наступает молчание и врачи спешат разбежаться.

Анекдотической стала мода на “охранительное торможение” в итоге Павловской сессии. Это поветрие определялось “борьбой” с больничными шумами, что достигалось шепотной речью. Лечебные учреждения превратились в кладбищенский покой. Эта навязанная мода исчезла как-то незаметно, без фанфар и впечатляющих результатов, не став символом внедрения павловского нервизма, к тому же породив серию анекдотов, несмотря на страх.

В принципе тоже самое произошло и с вейсманизмом-морганизмом, буржуазным учением, что привело к тому, что даже профессора не знали: разрешено ли наследование, а в историях болезни поселилась дежурная фраза — “наследственность не отягощена”, трафаретно повторяясь даже в случаях хорей Хентингтона. Когда мы узнали роль генома в патологии, маятник качнулся в противоположную сторону: поиски наследования (а обыватели еще и заразительности...) рака в семье.

Море разлитое с модой в фармакологии. Станным кажется отношение к новым лекарственным средствам: врачи сами любят новые средства. Помните ажиотажный спрос на гербалайф, а сейчас уже и неизвестно, где его найти. Прочно забыт камфорный спирт. Удивительно, как еще в аптеках удержались йод и зеленка или бесалол, когда все позиции за антибиотиками. И назначаются лекарства, где побочное действие еще совершенно не изучено. И этот безумный рост арсенала лекарственных средств, когда указатели становятся неподъемными. В этом без финансового фактора ничего понять невозможно, — деньги решают все.

Высшим достижением в науке является оригинальное исследование, часто обрастая бесталанными подражателями. Р. Тард (1892) говорил даже о “Законе подражания”. Непросто вычленишь уникальность и новизну. А мода к Нобелевской премии не приведет. Задача не дать ей укорениться на годы. Мода воздействует на медицину, поскольку порой “новое” — это всего навсего хорошо забытое старое.

В психиатрии утвердилось понятие “функциональные психозы”. Сам великий **E. Bleuler** (1920, с. 303) поставил его в кавычки и насмеялся над этой стародавней и вредной модой. Можно привести другой постулат: без структуры нет и функций. Это аксиома для патологоанатомов. Иначе мы вернемся к трудно определяемому понятию “дух”. Это связано с ролью религии в психиатрии. У нас еще недавно больной активно проповедавший веру в бога, чуть ли не автоматически



определялся в “религиозный бред”. Сейчас все наоборот: надо ждать “атеистического бреда”. А ведь это явная мода.

Психопатологической модой стало увлечение “целителями”, причем, порой на миллионы телезрителей. Приведем страшный пример: пожилая женщина “зарядила” у экрана телевизора 2 ведра воды и выпила ее в течение короткого срока. С тяжелейшей острой сердечно-сосудистой недостаточностью была доставлена в психиатрическую больницу, где и умерла. Народ эту моду назвал “очумачивание”. Очень похоже с “народными” целителями. Одна из них сняла отек мозга у мальчика 5 лет, наступило улучшение, но ЯМР показал, что опухоль IV желудочка, конечно, осталась. Родители отказались обратиться к нейрохирургам.

Мода касается и психопатологии; меняется тематика бреда, от дьявольщины к космическим “проблемам”, психотронике и телепатии.

Перечень примеров далеко не закончен. Вспомним эпопею местного обезболивания. Тогда чуть ли не в приказном порядке делались оперативные вмешательства под новокаином. Когда мода прошла, хирурги стали утверждать, что это приостановило развитие хирургии в нашей стране.

Мода не так безобидна, — переломы лодыжек от шпилек. Пришлось видеть скандал дочери с матерью из-за “мини шубы”.

Особенно осторожным должны быть те, кто собственное незнание прикрывает штампом: “острая сердечно-сосудистая недостаточность”. Речь не только о судебной медицине и патологической анатомии, но и о клинике экстремальных состояний. А ведь наши предки честно называли это — параличом сердца. Попробуйте так написать сейчас свое заключение и вас с позором дисквалифицируют. Вот вам и диктат моды. Что ему можно и нужно противопоставить? Во-первых, перестать игнорировать явление, которого хотя и нет у энциклопедистов, но оно давит свободу критики. Во-вторых, осознать возможность оказаться под прессом лженоваторства. Недаром же в диссертациях требуется написать, что нового дали наши рассуждения.

На Харьковском съезде патологоанатомов академик И. В. Давыдовский сказал своим “птенцам”: красьте гистохимию, но не превращайтесь в красильное заведение. Это было в 1957 г. в расцвет увлечения гистохимией. Повторю сказанное электронным микроскопистам: Э. М. — всего лишь придаток патологической анатомии, а вовсе не абсолют исследования, — мода.

Мода в науке — вредна. Новое может быть приемлемо и без опускания к моде. А увлечение новым еще не значит ослепление поветрием.

## Региональный конгресс Всемирной психиатрической ассоциации:

2 – 4 октября 2003 г., Каракас (Венесуэла)

Prof. Edgard Belfort, Fax: (58-212) 232-1104, 763-1184,  
E-mail: [secretariaapal@cantv.net](mailto:secretariaapal@cantv.net), [belfort.ed@excite.com](mailto:belfort.ed@excite.com)

International Association of Forensic Mental Health Services

Третья ежегодная конференция

## ОТ ИНСТИТУЦИОНАЛИЗАЦИИ К СООБЩЕСТВУ

9 – 12 апреля 2003 г., Майами, Флорида, США

Тел: 604-669-7055; E-mail: [info@iafmhs.org](mailto:info@iafmhs.org)



## Закон “Об альтернативной гражданской службе”

Первое чтение по законопроектам об альтернативной гражданской службе (АГС) состоялось в апреле. Тогда были отклонены либеральный проект Вл. Семенова и более реалистичный, хотя также вполне либеральный проект группы депутатов (Юлия Рыбакова, Александра Баранникова и других), принят же проект, разработанный Генштабом и внесенный Правительством. На последнем этапе представителем Правительства по законопроекту был назначен министр труда, а текст, подготовленный военными, претерпел некоторые “смягчающие” изменения. Прежде всего, появилась норма о том, что граждане проходят АГС как по территориальному, так и по экстерриториальному принципам. На практике это означало бы, с учетом экономических условий, преимущественную службу по месту жительства.

Комитет по законодательству радикально переработал текст ко второму чтению и привел его, с точки зрения экспертов Коалиции “За демократическую АГС”, в приемлемый вид.

Так, было уточнено, что на АГС в организации Вооруженных Сил граждане могут направляться только с их согласия. Срок службы сокращен с 48 (в первом чтении) до 36 месяцев (в случае прохождения по месту жительства) и 30 месяцев — за пределами территории постоянного проживания. В качестве гражданского персонала Вооруженных Сил был предложен еще более краткий срок (вплоть до равного сроку военной службы). Было уточнено, что органом, ответственным за организацию АГС является Минтруда. Исключена норма о зачислении прошедших АГС в запас Вооруженных Сил.

Переработан порядок направления граждан на альтернативную службу. В первом чтении предполагалось, что заявление о замене военной службы альтернативной гражданин должен подать за полгода до начала призыва, т.е. в возрасте 17 лет, после чего, через месяц, также в несовершеннолетнем возрасте, пройти призывную комиссию, а на ней — квазисудебную процедуру “обоснования” наличия убеждений. После признания призывной комиссией права заявителя на АГС, он направлялся, уже в 18 лет, на медицинское освидетельствование, где признавался либо годным, либо негодным к военной и, соответственно, альтернативной службе. После медицинской он должен был еще раз пройти призывную комиссию, которая и оформляла его направление на АГС. Однако

предписание непосредственно к месту службы выдавал военный комиссар, к которому человек, уже получивший право на АГС, должен был явиться после повторного прохождения призывной комиссии. Этот громоздкий и дискриминационный по отношению к людям, избравшим альтернативу военной службе, порядок, Комитетом по законодательству было предложено упростить и привести в соответствие с Конституцией, поскольку возложение на 17-летнего ребенка обязанности своевременно подать заявление, а затем обосновывать его перед комиссией, противоречит ее статье 60. В редакции, подготовленной ко второму чтению, заявление следовало подавать перед призывом, независимо от прохождения медицинского освидетельствования, затем однажды пройти призывную комиссию. По мнению Комитета, предписание на АГС уместно было бы выдавать территориальному органу Минтруда (службе занятости), а не военному комиссару.

В процессе второго чтения редакция Комитета по законодательству была полностью уничтожена, а текст не только в основном возвращен в исходный вид (включая порядок направления на АГС), но и существенно ухудшен. Г-ном Починком было вынесено на отдельное голосование 67 поправок, рекомендованных Комитетом по законодательству. Эти поправки касались как содержательных положений, так и редакционных изменений, которые были выработаны на основе замечаний Правового управления Госдумы. Позиция Правительства была поддержана большинством депутатов. Более того: военному лобби удалось отыграть и принцип территориальности, включив — путем принятия поправки депутатов Пехтина, Райкова, Морозова, Косачева — запись о том, что гражданин проходит АГС преимущественно за пределами субъекта Федерации, в котором он проживает.

Таким образом, альтернативная гражданская служба получила такой вид:

1. Граждане будут проходить ее, как правило, по экстерриториальному признаку, т.е. вдали от дома.
2. Граждане будут проходить АГС в качестве гражданского персонала Вооруженных Сил вне зависимости от их согласия работать в военной организации.
3. Единого органа, ответственного за управление альтернативной службы, проектом не предусмотрено. Очевидно, что в значительной части руководство АГС будет сосредоточено в военных ведомствах.



4. Принятие решения о праве гражданина на альтернативную службу, включая процедуру обоснования им наличия у него соответствующих убеждений или вероисповедания, будет происходить до достижения им 18-летнего возраста.

5. Призывная комиссия будет выносить заключение о праве гражданина на замену военной службы альтернативной до прохождения им медицинского освидетельствования, в том числе в отношении тех, кто затем может получить отсрочку от военной и альтернативной службы по состоянию здоровья.

6. Направлять гражданина на альтернативную гражданскую службу будет военный комиссар.

7. Граждане, прошедшие альтернативную службу, будут зачисляться в запас Вооруженных Сил.

8. Наконец, срок альтернативной службы составит 42 месяца, а для проходящих ее в военных организациях — 36 месяцев.

20 молодых людей, проходивших альтернативную службу по решению призывной комиссии в 1-й городской больнице г. Нижнего Новгорода, на момент рассмотрения Думой законопроекта во втором чтении продолжали исполнять свои обязанности. После того, как Дума — так же по предложению Правительства — отклонила поправку Комитета по законодательству о зачете им фактически отработанного на АГС срока, нижегородские альтернативнослужащие приняли решение прекратить работу. Последний раз на дежурство они вышли 22 июня.

*Лев Левинсон,  
эксперт Института прав человека*

## Открытое письмо Независимой Психиатрической Ассоциации России Генеральной Ассамблее Всемирной Психиатрической Ассоциации

Беспрецедентный по масштабам опыт использования психиатрии в немедицинских целях в СССР в 1970 – 1980 годы не сделался предметом серьезного научного анализа, нацеленного на предотвращение подобного в будущем.

В результате, в России с 1995 г. проявились рецидивы тех самых технологий, совершаемые теми же самыми психиатрами того же самого учреждения, что прежде — Государственного Центра социальной и судебной психиатрии им. Сербского. Здесь создан центр антикультизма в российской психиатрии, издавший фактически инструкцию по выявлению религиозных организаций, приносящих вред психическому здоровью. Эта инструкция не выдерживает элементарной научной критики.

С 1995 года по всей России идут многочисленные судебные процессы, ставшие бесконечными и подталкивающие законопослушных граждан к эмиграции. Например, в результате попытки ликвидировать протестантскую церковь “Слово Жизни” в Магадане, более 400 ее прихожан подали заявление на выезд в Австралию.

Мы уже привлекали внимание ВПА к использованию психиатрии для подавления религиозных организаций в России. Но наша переписка с г-жой Марианной Каструп закончилась выражением нам благодарности за присылавшиеся материалы и указанием на существование деструктивных культов. *Однако наш протест связан совсем с другим: как опора на*

*редкие примеры деструктивных культов ведет к облегченному приписыванию грубого вреда психическому здоровью факторам, которые не отличаются от широко практикуемых в традиционных религиях и даже повседневной жизни (коллизии нежеланного для родителей жениха или невесты), то есть проблема двойного стандарта и обвинения фактически в колдовстве в новом обличье.*

В июне этого года российская общественность была глубоко оскорблена судебно-психиатрической экспертизой полковника Буданова. От обвинения в похищении, изнасиловании и убийстве 17-летней чеченки и издевательств над младшим офицером в пьяном угаре, в ходе следствия не осталось ничего. В значительной мере это мотивируется результатами судебно-психиатрической экспертизы в Центре им. Сербского. Экспертную комиссию возглавляла проф. Тамара Печерникова, в ней участвовал также проф. Федор Кондратьев. Эти психиатры хорошо известны своим участием в подавлении политических диссидентов в 1970 – 1980 годы и религиозных диссидентов с 1995 г.

Проф. Аким Ойфа, как прозектор, и д-р Юрий Савенко, как психиатр, написали рецензии на акты судебно-медицинской экспертизы и комплексной судебной психолого-психиатрической экспертизы по делу полковника Буданова, показав их полную профессиональную несостоятельность.



Но оказалось невозможным найти в России хотя бы одного профессионала из числа реально независимых психиатров, кто бы согласился стать участником повторной экспертизы в том случае, если суд ее назначит. Мы смогли назвать адвокатам только наших коллег-эмигрантов. За неделю до завершающего судебного заседания государственный обвинитель, выступавший фактически адвокатом Буданова (!), был заменен на прокурора с противоположной позицией. В результате, суд назначил повторную судебно-психиатрическую экспертизу, поручив формирование экспертной комиссии Министерству здравоохранения РФ. Министерство включило в нее акад. Георгия Морозова — человека, бойкотируемого мировым профессиональным сообществом как главного режиссера использования психиатрии в политических целях в Советском Союзе. Это свидетельство пересмотра отношения властей к эпохе злоупотреблений и открытый вызов международному сообществу, причем не только профессиональному.

Мы хорошо помним, что ВПА в течение 20 лет, располагая полной информацией о злоупотреблениях психиатрией в Советском Союзе, уклонялась от рассмотрения этого вопроса, опасаясь политизации. Мы также противники политизации психиатрии. Просто мы вынуждены защищать свою профессиональную автономию от давления властей и вправе ожидать

поддержки международного профессионального сообщества. Тем более, что мы сталкиваемся с нарастающим противостоянием властей любым формам общественного контроля, вплоть до попытки Министерства юстиции РФ объявить наши правозащитные консультации в области психического здоровья незаконной деятельностью. Между тем, государственная служба защиты прав психически больных, записанная в законе 10 лет назад, так и не создана, а организованная нами негосударственная служба такого рода запрещена властями Москвы. **Сейчас Министерство юстиции РФ открыто угрожает ликвидировать регистрацию НПА России, если мы не откажемся от экспертной деятельности.**

Мы обращаемся к Генеральной Ассамблее ВПА с просьбой публично выразить обеспокоенность политическим давлением, которое оказывается на экспертов в общественно значимых делах. Мы просим организовать в рамках этического комитета и комитета по злоупотреблениям психиатрией Совет экспертов по судебной психиатрии, представителей которого по просьбе национальных обществ можно было бы включать в экспертизы по делам, сопровождающимся внутри страны резкой политической поляризацией и напряжением.

Президент НПА России Ю. С. Савенко

## СПЕЦИАЛИСТЫ НЕЗАВИСИМОЙ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ АССОЦИАЦИИ РОССИИ

ведут прием граждан

по вопросам нарушения прав лиц с психическими расстройствами и их родственников  
(общественная приемная):

*понедельник — с 10 до 13 час.; среда — с 15 до 18 час.*

Москва, Новый Арбат, 11, комн. 1922

М. "Арбатская", напротив "Дома книги"

**Комиссия специалистов (по предварительному назначению)**

работает по вторникам с 16 до 20 час., там же.

Телефон для справок: (095) 291-9081; факс: 291-8469; E-mail: [ipar@aha.ru](mailto:ipar@aha.ru)

Адрес для корреспонденции: 103982, Москва, Лучников пер., д. 4, подъезд 3, к. 2,

**Российский исследовательский центр по правам человека.**

Консультации и комиссионный прием граждан проводятся бесплатно



## Новая секция Экспертного совета Уполномоченного по правам человека Российской Федерации

23 июля 2002 г. состоялось учредительное заседание новой секции Экспертного совета при Уполномоченном по правам человека в Российской Федерации — «Психиатрия и права человека».

Создание такой секции связано с катастрофическим положением в области соблюдения прав пациентов с психическими расстройствами. Уполномоченный по правам человека О. О. Миронов с первых дней своей деятельности на этом посту уделял особое внимание соблюдению прав этой категории населения, поскольку эти люди являются наиболее уязвимыми в социальном и правовом отношении и часто не способны самостоятельно использовать правовые средства защиты. Этой проблеме был посвящен первый специальный доклад Уполномоченного от 16 июня 1999 г. О. О. Миронов неоднократно посещал психиатрические больницы, в том числе те, где пациенты проходят принудительное лечение. Тем не менее, нарушения прав людей с психическими расстройствами продолжают нарастать. Об этом свидетельствуют как результаты мониторинга, проводимого в течение последних трех лет общественными организациями в различных регионах России, так и данные Минздрава РФ и Аппарата Уполномоченного по правам человека. Первое дело о необоснованном недобровольном стационарном лечении в психиатрическую больницу № 26 г. Екатеринбурга уже рассматривается Европейским судом по правам человека в Страсбурге.

Секция объединила ведущих специалистов страны в области психического здоровья и охраны прав граждан в этой области, представителей государственных и общественных организаций, федеральных и муниципальных органов власти, психиатров, юристов и психологов, работающих в сфере психического здоровья. Председателем секции избран Ю. С. Савен-

ко, среди ее членов В. Н. Краснов, Б. А. Казаковцев, В. Г. Ротштейн, Т. Н. Дудко, Ю. С. Шевченко, Л. П. Рубина, О. В. Резаев, В. Я. Евтушенко, Ю. Н. Аргунова, С. Н. Шишков и др.

1. Первоочередной задачей работы секции ее члены считают содействие созданию «независимой от органов здравоохранения государственной службы защиты прав пациентов, находящихся в психиатрических стационарах», которая зафиксирована в Законе «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании». Закон действует с 1993 года, однако за 10 лет такая служба так и не создана. Между тем, она является одной из гарантий исполнения Закона в целом.

Среди других проблем, которые собирается рассматривать новая секция:

2. Соблюдение прав пациентов амбулаторной психиатрической службы

3. Соблюдение прав наркологических больных и их родственников

4. Соблюдение прав воспитанников детских интернатов

5. Соблюдение прав человека в психоневрологических интернатах и интернатах для лиц пожилого и старческого возраста

Члены вновь созданной секции полагают, что обсуждение поставленных вопросов в рамках Экспертного совета при Уполномоченном по правам человека в Российской Федерации, — государственной структуры, пользующейся наибольшим доверием населения, — позволит привлечь к решению поставленных вопросов наиболее квалифицированных и заинтересованных специалистов и рекомендовать конкретные пути улучшения положения людей с психическими расстройствами.



# Письмо Омбудсмана Российской Федерации

Председателю Правительства  
Российской Федерации  
М. М. Касьянову

## Уважаемый Михаил Михайлович!

В соответствии со статьей 21 Федерального конституционного закона “Об Уполномоченном по правам человека в Российской Федерации” считаю своим долгом обратить Ваше внимание на массовые и грубые нарушения прав граждан, не способных самостоятельно использовать правовые средства защиты. Речь идет о людях с психическими расстройствами и, прежде всего, о тех, которые находятся в психиатрических стационарах.

Граждане, в силу своего психического состояния оказавшиеся изолированными от окружающего мира, чувствуя себя в этих учреждениях бесправными и незащищенными. Мониторинг, проводимый нами в течение трех лет совместно с такими общественными правозащитными организациями, как Московская хельсинкская группа, Независимая психиатрическая ассоциация России и другие, выявил практически повсеместное нарушение прав психически больных. В первую очередь, такие нарушения выражаются в их некачественном лечении, недостаточном питании и обеспечении жилой площадью. Об этом говорят следующие цифры: в некоторых больницах на питание больных тратится менее 10 рублей в день на одного человека, и приходится 2 – 2,5 кв. м жилой площади, на лекарства отпускается в 20 раз меньше необходимых финансовых средств. Ежегодно возрастает количество жалоб пациентов на необоснованное недобровольное помещение в стационар.

Представители Европейского Комитета по предупреждению пыток и бесчеловечного или унижающего достоинство обращения или наказания, трижды посещавшие нашу страну, каждый раз отмечали серьезные нарушения прав пациентов в психиатрических стационарах. Об этом же говорят и данные государственных органов здравоохранения. Так специальная

30.09.2002

комиссия Министерства здравоохранения Российской Федерации была вынуждена признать обоснованной 30 % жалоб на нарушения прав человека в стационарах за 2001 г. В настоящее время в европейском Суде по правам человека в Страсбурге рассматривается дело о необоснованной недобровольной госпитализации в психиатрическую больницу № 26 г. Екатеринбург.

Все эти массовые и грубые нарушения прав психически больных граждан являются, в значительной мере, результатом отсутствия независимой от органов здравоохранения Службы защиты прав пациентов, находящихся в психиатрических стационарах, создание которой предусмотрено статьей 38 Закона российской Федерации от 2 июля 1992 года № 3185-1 (с изменениями от 21 июля 1998 года) “О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании”.

Закон действует с 1 января 1993 года, однако Служба защиты прав пациентов психиатрических стационаров до сих пор не создана, что приводит к постоянным справедливым нареканиям как со стороны правозащитных организаций, так и международного сообщества. Между тем, она является одной из гарантий исполнения Закона Российской Федерации “О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании”. Полагаю, что создание такой Службы — первоочередная задача в области защиты прав одной из наиболее уязвимых категорий населения.

Обращаюсь к Вам, уважаемый Михаил Михайлович, с просьбой поручить проработку вопроса о необходимости реализации ст. 38 Закона Российской Федерации “О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании”.

Уполномоченный по правам человека  
в Российской Федерации  
О. О. МИРОНОВ



## ХII Всемирный конгресс по психиатрии в Иокогаме

24 – 29 августа 2002 г. во втором по величине городе Японии Иокогаме состоялся ХII Всемирный конгресс по психиатрии, организованный Всемирной психиатрической ассоциацией и Японским обществом психиатров. Впервые за более чем 50-летнюю историю проведения всемирных конгрессов по психиатрии, местом его проведения была выбрана одна из стран Азии, что отражает стремление ВПА расширять сферу своей деятельности и укреплять психиатрическую службу во всех странах света. В следующий раз психиатров мира будет принимать Африка: ХIII Всемирный конгресс состоится в конце августа 2005 г. в Каире. Членами Всемирной психиатрической ассоциации являются 114 профессиональных национальных общества, и на Конгрессе присутствовали представители 89 из них. Россию представляли Российское общество психиатров и Независимая психиатрическая ассоциация России.

Гостеприимные хозяева позаботились о том, чтобы Конгресс прошел на самом высоком уровне: его заседания проходили в так называемом “городе будущего”, — расположенном на берегу Тихого Океана комплексе зданий Иокогамского Дворца съездов, а церемонию открытия почтили своим присутствием члены императорской семьи в лице крон-принца и принцессы. Несмотря на присутствие тысяч гостей, в полном соответствии с японскими традициями все было тихо и спокойно, даже в выставочных залах не было суеты, и в течение двух дней можно было участвовать в знаменитой чайной церемонии.

Центральным событием Конгресса, как всегда, была Генеральная ассамблея, на которой обсуждались доклады о деятельности Всемирной психиатрической ассоциации в предшествующие три года, были приняты важные поправки к Уставу и Положению о деятельности ВПА, утверждены новые общества-члены и новые секции, выбраны новые члены Исполкома и института зональных представителей.

Наиболее важные поправки к положению о деятельности ВПА состояли в утверждении расширения образовательной деятельности с целью достижения *большого охвата медиков общей практики, специалистов в области психического здоровья и населения в целом*, расширения сотрудничества между секциями и более активного вовлечения обществ-членов в их работу, а также возвращению к первоначальному варианту избрания зональных представителей сроком на три года (вместо шести, как предлагалось в Гамбурге) с возможностью быть переизбранным еще на три года.

В Устав ВПА были внесены следующие поправки:

— *установить, что ассоциации, которые могут быть приняты в ВПА, должны быть национальными*

*и охватывать в своей деятельности все проблемы психиатрии;*

— *обеспечить временную приостановку членства (до следующей Генеральной Ассамблеи) обществ-членов или ассоциированных членов, чье членство может серьезно повредить ВПА или быть помехой в достижении ее целей;*

— *разрешить более непосредственное общение между номинационным комитетом и обществами-членами в процессе подготовки к выборам;*

— *сгруппировать региональную структуру ВПА в 4 региона: Америка, Европа, Африка и Средний Восток, Азия/Австралия;*

— *вернуться к первоначальному сроку членов офиса оперативного комитета от 6 к 3 годам с возможностью быть переизбранным на следующие три года.*

Генеральная Ассамблея почтила минутой молчания умершего 16 июня 2002 г. после тяжелой продолжительной болезни выдающегося американского психиатра и правозащитника бывшего члена Исполкома Гарольда Высоцкого, который был известен своей непоколебимой работой по утверждению этических стандартов и инновациями психиатрической службы, а также доброжелательным и отзывчивым характером.

Генеральная Ассамблея утвердила прием в ВПА психиатрических ассоциаций Республики Бангладеш, Коста Рики, Ганы, Кении, Майанмар, Судана, Сирии и Уганды. Среди принятых ассоциированных членов были Европейский всеобщий союз по защите душевно больных, а также Международное общество по психологическому лечению шизофрении и других психозов и Ассоциация психического здоровья Уганды, что свидетельствует о политике ВПА по расширению и укреплению связей с другими специалистами, работающими в области психического здоровья. Об этом же говорит тот факт, что впервые в истории ВПА одним из стипендиатов программы молодых ученых Всемирного конгресса ВПА в Иокогаме стал не психиатр, а специалист по социальной работе Игорь Назарьин из Архангельска. Представляя его кандидатуру, мы выразили надежду, что его избрание повысит престиж профессии социального работника в российской психиатрии и откроет пути реального эффективного сотрудничества психиатров и специалистов по социальной работе. Мы очень рады, что наш призыв был услышан, поздравляем Игоря с участием в столь грандиозном Конгрессе и желаем успешного продвижения его идей по созданию программы дестигматизации психически больных. В ближайших номерах журнала наверняка появятся его публикации на эту тему.

Выборы новых лидеров Всемирной психиатрической ассоциации прошли в напряженной борьбе меж-



ду достойными кандидатами и в результате посты на следующие три года распределились следующим образом:

Президент-элект — Хуан Меззич (США)

Генеральный секретарь — Джон Кокс (Великобритания)

Секретарь по финансам — Самуэль Тиано (Израиль)

Секретарь по съездам и конференциям — Педро Руиз (США)

Зональным представителем 10-й зоны (страны Восточной Европы и СНГ) еще на три года был переизбран проф. В. Н. Краснов. Одновременно с поздравлениями выражаем надежду на то, что в эти три года он успеет существенно продвинуться вперед на пути интеграции наших профессиональных обществ и установления режима постоянного диалога в отношении наиболее актуальных проблем психиатрии.

Было зафиксировано появление новых секций: Секция личностных расстройств, секция психоанализа в психиатрии, секция шизофрении и секция суицидологии, так что желающие могут принять участие в их работе.

Большинством голосов Генеральная Ассамблея одобрила стратегический план развития и финансовый план на 2002 – 2005 годы, а также приняла *Иокогамскую декларацию*, подготовленную Японским обществом психиатрии и неврологии, в которой звучит призыв ко всем членам ВПА *“сделать все, что в их силах, чтобы ... психические больные во всех странах получали сбалансированное лечение, объединяющее психофармакотерапию и психосоциальные воздействия, ... бороться за реабилитацию психически больных и соблюдение их права на жизнь в своем сообществе с тем, чтобы обеспечить оптимальное качество их жизни”*.

Вопросу соблюдения прав психически больных и было уделено в этот раз особенно много внимания на Генеральной Ассамблее, в связи с обсуждением имеющихся сведений об использовании психиатрии в политических целях в Китае. Британское королевское общество выступило с инициативой принять специальную резолюцию об организации инспекционного визита в Китай с тем, чтобы проверить постоянно поступающие оттуда сведения о “психиатрических репрессиях”. По имеющимся сведениям китайские власти активно используют психиатрию в борьбе против своих оппонентов, а в последнее время — против членов религиозной организации “Фалун Гон”, которая пользуется большой популярностью в Китае и насчитывает более 100 млн. последователей в различных странах мира. По разным данным от 600 до 1000 членов этой организации в настоящее время находятся в психиатрических больницах и подвергаются там необоснованному лечению. Дело Фалун Гон в значительной мере повторяет не только советский опыт использования психиатрии против политических диссиден-

тов, но и длящееся с 1994 – 1995 гг. произвольное использование психиатрии для подавления религиозных движений. В широко распространявшейся на Конгрессе монографии “Dangerous Minds”\* глава об этом написана Генеральным секретарем “Женевской инициативы в психиатрии” Робертом ван Вореном. В отличие от 70-х годов, когда руководство Всемирной психиатрической ассоциации пыталось упорно закрывать глаза на использование психиатрии в медицинских целях в Советском Союзе, на этот раз спор шел лишь о деталях визита. После бурных дебатов был одобрен план, предложенный Исполкомом ВПА, предполагающий более мягкую схему визита, чем предлагали психиатры Великобритании и США.

Генеральная Ассамблея обсудила также Открытое письмо Независимой психиатрической ассоциации России, распространенное накануне Конгресса среди всех обществ-членов (текст публикуется в этом выпуске журнала). В Открытом письме выражается серьезная обеспокоенность случаями использования психиатрии в немедицинских целях в России, резким падением уровня судебно-психиатрических экспертиз и давлением властей на экспертов, а также требованиями Министерства юстиции Российской Федерации устранить из Устава Независимой психиатрической ассоциации России пункт об организации и проведении независимой психиатрической и психолого-психиатрической экспертизы. В результате обсуждения Генеральная ассамблея ВПА выразила поддержку Независимой психиатрической ассоциации России, как своему полноправному члену с 1989 г., и взяла на себя обязательство “осуществлять дальнейшие шаги по поддержке НПА России на основе консультации с НПА России и зональным представителем ВПА по региону Восточной Европы”. Предложение НПА России о создании при Всемирной психиатрической ассоциации международного совета психиатров-экспертов, которые могли бы участвовать в проведении судебно-психиатрических экспертиз в различных странах по так наз. “горячим” делам, встретило большую заинтересованность представителей Исполкома ВПА, и в ближайшее время будут изучаться возможности его осуществления.

На Конгрессе было проведено 268 симпозиумов и 64 сессии по свободному обсуждению докладов, состоялся 51 семинар, прочитано 23 лекции и 4 пленарных доклада, организовано множество курсов и других специальных встреч и обсуждений. 24 симпозиума провели фармакофирмы.

Российские делегаты, которых на этот раз было несколько меньше, чем на предыдущем Конгрессе в Гамбурге, выступали с докладами, участвовали в симпозиумах и обсуждениях, представили множест-

\* Dangerous Minds. Political psychiatry in China today and its origins in the Mao Era. — Human Rights Watch. Geneva Initiative on Psychiatry, 2002 (298 p.). Книгу можно заказать по адресу: P. O. Box 1282, 1200-BG Hilversum, The Netherlands



во постерных сообщений. Один симпозиум “Российская психиатрия в развитии” был целиком посвящен положению дел в отечественной психиатрии. На нем выступили с докладами И. Я. Гурович “Фармакоэпидемиология и фармакоэкономика в России”, Б. А. Казаковцев “Программа реформирования психиатрической службы России”, Л. Н. Виноградова (соавт. Ю. С. Савенко) “Психиатрия и права человека в России: современные тенденции”, Б. С. Положий (соавт. Т. Б. Дмитриева) “Индустриальная психиатрия в системе здравоохранения газовой промышленности” и В. Я. Семке “Этнопсихология и психотерапия в России”. Доклад Л. Н. Виноградовой содержал критическую оценку ситуации с правами человека в российской психиатрии и вызвал острое неудовольствие у представителей Центра социальной и судебной психиатрии им. Сербского. Так проф. Ю. А. Александровский в своем комментарии сказал, что “не хочет, чтобы у зарубежных коллег сложилось неверное представление о российской психиатрии”, и считает, что “согласно современному законодательству, экспертная деятельность в стране может быть только государственной”. В то же время многие отечественные и зарубежные коллеги, присутствовавшие на симпозиуме, выразили удовлетворение тем, что сегодня такие выступления стали возможными, и обратились с просьбой предоставить им текст выступления. Текст доклада публикуется в настоящем выпуске журнала.

Симпозиум “Психическое здоровье и религиозные практики в регионе СНГ”, организованный НПА России, шел с синхронным переводом на японский язык и вызвал большой интерес у японских коллег. Особенно их заинтересовало исследование членов буддийской организации “АУМ Сенрике”. В Японии отношении к этой организации гораздо спокойнее, чем в России. Японские коллеги целиком согласились с выводом об отсутствии вреда психическому здоровью от пребывания в АУМ, а некоторые из них рассказали о своей работе с родителями молодых членов АУМ. Прозвучало мнение о том, что уход молодых людей в религиозные организации типа АУМ отражает внутрисемейные проблемы, сложности отношений между детьми и родителями.

Следует отметить очень плотную вовлеченность в деятельность Конгресса проф. В. Н. Краснова и вице-президента НПА России проф. Ц. П. Короленко. К сожалению, отдаленность места проведения Конгресса по понятным финансовым соображениям не позволила принять в нем участие многим отечественным коллегам. Мы выражаем глубокую признательность Институту “Открытое Общество”, который предоставил нам такую возможность.

**Ю. С. Савенко,  
Л. Н. Виноградова**

**15-ый Международный конгресс  
Международной ассоциации детской и подростковой психиатрии**

**ТРАДИЦИИ И ИННОВАЦИИ  
В СЛУЖБЕ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ  
ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ**

*29 октября – 2 ноября 2002 г., Дели*

**Dr. Savita Malhotra, Department of Psychiatry,  
Postgraduate Institute of Medical Education & Research,  
Chandigarh 160012, India**

**Fax: +91 172 744 401; E-mail: [savita@ch1.dot.net.in](mailto:savita@ch1.dot.net.in); [www.childindia.org](http://www.childindia.org)**



## Апология Ганнушкина

(к курсу лекций Е. В. Черносвитова “Социальная медицина”)

Евгений Васильевич Черносвитов примерно четверть века назад учился в клинической ординатуре на нашей кафедре (сейчас мы называемся кафедрой психотерапии, медицинской психологии и сексологии Российской медицинской академии последипломного образования (Москва)). Клинического созвучия, психиатрического взаимопонимания у нас с ним не было. Вообще ординатор Черносвитов был на редкость углубленно-самостоятелен в своей врачебной молодости, и это прекрасно. Мне кажется, уже тогда у Евгения Васильевича обнаруживалось тяготение не столько к клинической, сколько к социальной медицине, к философии. Помню, как был он мне светло благодарен, когда подарил ему в ту пору фотографический портрет молодого Ясперса.

В этом году вышла книга Е. В. Черносвитова “Социальная медицина”: Учебное пособие для вузов. — М.: ЮНИТИ-ДАНА, 2002. — 254 с. И вот не могу не написать о том, что Петр Борисович Ганнушкин, по-моему, совсем другой, нежели изображен в этой книге. Ганнушкин (1875 – 1933) — мой учитель. Я родился после того, как он умер, но Петр Борисович для меня всегда был живым в своих глубоких, классических работах-переживаниях и воспоминаниях о нем коллег и пациентов. То, что он сделал для моего психиатрического, психотерапевтического воспитания, образования, бесценно. И удар, нанесенный ему, нанесен и мне. Евгений Васильевич должен меня понять, потому что у него, как он пишет, есть свой учитель — Иван Борисович Галант, заведующий кафедрой психиатрии Хабаровского медицинского института с 1935 г., которого он защищает от Ганнушкина. Наконец, я сам — преподаватель, психиатр-психотерапевт, постоянно опирающийся в своих занятиях на работы Ганнушкина. Мне хотелось бы здесь заранее ответить на те вопросы о Ганнушкине, что зададут мне врачи и психологи, познакомившись с книгой Черносвитова.

Итак, Черносвитов пишет, что Ганнушкин “вошел в историю благодаря многим деяниям, условно совместимым с общественным статусом врача”. Ганнушкину, дабы считаться основателем отечественной научной психиатрии и “социальным психиатром”, “нужно было как-то дискредитировать корифея отечественной психиатрии, классика с мировым именем и действительного основоположника московской научной психиатрической школы Сергея Сергеевича Корсакова” (с. 49). Дискредитировать? Но где доказа-

тельство этого ужасного движения души? Хотя бы малейшего ганнушкинского недоверия к Корсакову? Ганнушкин в своей вступительной одухотворенной лекции студентам в мае 1925 года (Ганнушкин П. Б., 1964) называет Корсакова “основателем Московской психиатрии”, который “обозначил границы психиатрии и практически в самом широком смысле слова и теоретически как отрасль медицины и биологии”. Жизнь Корсакова — “служение душевнобольному” (с. 257). Корсаков боролся “за право душевнобольного быть больным, таким же больным, как другие больные; за то, что душевнобольного надо лечить, нужно, если это вызывается необходимостью данного случая, класть в больницу, а не “сажать”; а еще и теперь, даже в нашу клинику, уже не говоря о больницах, “сажают”, а не кладут” (с. 258). В чем же конкретно состояла, как считает Черносвитов, дискредитация Корсакова Ганнушкиным? В том, что Ганнушкин в соответствии со своими “научными установками”, с помощью советской власти и по договоренности со служителями храмов собрал “бомжей, калек, юродивых”, приютившихся в “сохранившихся московских и подмосковных храмах”, в специальное лечебное учреждение под Москвой, которое ныне является Психиатрической больницей им. В. П. Яковенко. В чем же тут дискредитация Ганнушкиным Корсакова? И что дурного сделал этим Ганнушкин для душевнобольных? Пожилой психиатр-психотерапевт, руководитель психотерапевтической программы в Независимой психиатрической ассоциации России, полагаю, что благодаря Ганнушкину (если все это так и было, как пишет Черносвитов) душевнобольных согрели в больнице, стали кормить и лечить. Да, от психиатров, знавших Ганнушкина, я слышал, что Ганнушкин был убежден в том, что, в случае необходимости, с душевнобольными следует поступить “по-психиатрически”, то есть положить его в больницу против его воли. Так считал и Корсаков (см. выше, а также в работах самого Корсакова). Эта психиатрическая необходимость возникает тогда, когда нужно больного в остром, опасном душевном расстройстве спасти от себя самого, спасти от него других людей, когда он не может себя прокормить, одеть, не осознает разумно эту свою беспомощность и т.п. Это стационарирование больного против его воли происходит и сегодня, без этого не может быть подлинной психиатрической помощи. Это делают (обязаны делать) все психиатры, в



отличие от антипсихиатров, для которых душевных болезней в клиническом смысле не существует. Неравнодушный, полагаю, к душевнобольным, я сам не раз поступал с больными, не понимающими, в сущности, что происходит, — “по-психиатрически”, с печалью в душе. И не жалею об этом, поскольку представляю, какие ужасы могли бы произойти, если б этого не делал. Так в чем же все-таки состояла дискредитация Корсакова Ганнушкиным? Черносивтов далее пишет: “Ганнушкин полагал, что психиатрия в классовом обществе, особенно во время жесточайшей классовой борьбы не может не быть репрессивной” (с.50). Ганнушкин так писал или говорил? Но где, кому? Такие серьезные обвинения должны быть доказаны. А ведь никаких библиографических ссылок и даже кавычек... Тот ли это Ганнушкин, что в статье “К 25-летию смерти С. С. Корсакова (1900 – 1925)” (Ганнушкин П. Б., 1964, с. 57 – 58) писал, что Корсаков “учил и научил своих учеников любить душевнобольного и активно заботиться о нем” (с. 57)? Неужели Ганнушкин в той же вступительной лекции студентам (Ганнушкин П. Б., 1964, с. 260) так искусно-ханжески соглашается с Корсаковым в том, что общество тем цивилизованнее, чем более человечно со своими душевнобольными, чем более о них заботится, а сам, как сообщает Черносивтов, — обозначает антисоветчиков “пограничными характерами” и разрешает разнообразным органам принудительно их госпитализировать в психиатрические больницы “на лечение”? И снова эти тяжелые слова о Ганнушкине — без доказательств.

“П. Б. Ганнушкин, — рассказывает Черносивтов, — разработал основные положения пограничной психиатрии в непримиримой борьбе не только с С. С. Корсаковым, но и с выдающимися немецкими психиатрами Е. Блейлером, Э. Крепелиным, З. Фрейдом, Э. Кречмером” (с. 50). Как же так? Здесь, думается, необходимо вспомнить то время.

Корсаков вместе с другими классиками мировой клинической психиатрии (и, прежде всего, с Крепелином и Эугеном Блейлером) построил основы мировой клинической психиатрии и одновременно стал основоположником отечественной клинической психиатрии. Все трое совершили крупные открытия в мировой клинической психиатрии, хотя, как известно, Корсаков и возражал Крепелину по поводу подразделения им душевных болезней по их исходу. К известным нозологическим формам Крепелина (“старческие и предстарческие психозы”, “маниакально-депрессивное помешательство” и т.д.) прибавляются корсаковский психоз (“*psychosis polyneuritica*”, как называл его Корсаков) и *schizophrenia* Э. Блейлера. Крепелин, Корсаков, Блейлер создали фундаментальные руководства по клинической психиатрии, дополняющие и развивающие друг друга. Но, конечно, первым тут был великий Эмиль Крепелин. Ганнушкин в своем редакторском предисловии к книге Крепелина “Введение в психиатрическую клинику” (1923) отме-

чает, что “система клинической психиатрии своими основами обязана именно Краепелину” (с. 1). Клиническая психиатрия — это медицинская наука о лечении душевных болезней, рассматривающая эти болезни как болезни души, происходящей из тела (прежде всего, МОЗГА) и без этого не существующей. Посему психопатологические, душевные, расстройства, с точки зрения клинициста, подчиняются тем же клиническим закономерностям, что и соматические. Клиницист-психиатр так же, как клиницист-соматолог, озабочен дифференциальной диагностикой, нозологической окраской симптома, синдрома, озабочен структурой почвы (в данном случае личностной), на которой возникает психопатологическое расстройство, и т.п. Поэтому только клиницисты-психиатры и могли описать упомянутые выше душевные болезни как нозологические формы. Ясперс, Груле, Курт Шнейдер шли своей, не менее важной и прекрасной, но иной, не клинической-нозологической, а психиатрически-феноменологической дорогой. Эти дороги своим подробным вниманием к движениям, расстройствам души, к личностным переживаниям психотерапевтической одухотворенностью порою, местами так близко подходят друг к другу, так существенно помогают друг другу, но не сливаются в одно. Это все же два противоположных философски-психиатрических мироощущения. Подробно писал уже об этом в своей “Клинической психотерапии” (2000). Эрнст Кречмер (1927, 1928, 1930, 1999) и Ганнушкин (1964) в первой трети XX-го века на краю уже вспаханного до них (в своих основах) широкого поля клинической психиатрии создали (тоже в своих основах) сложно-филигранное строение клинической пограничной (малой) психиатрии, приближающей большую психиатрию к здоровой душевной жизни (“пограничная” — на границе). Вступительную лекцию студентам, которую здесь уже цитировал, Ганнушкин и заканчивает тем, что его поколение психиатров пошло дальше (“пошло вперед”) упомянутых выше классиков клинической психиатрии именно созданием психиатрии пограничной: “Мы — наше поколение — не ограничиваемся психиатрическими больницами, с тем же подходом (клиническим — М. Б.) идем мы в жизнь, идем в школу, в казарму, на фабрику, в тюрьму, ищем там не умалишенных, которых нужно поместить в больницу (разрядка моя, для Е. В. Черносивтова, — М. Б.), а ищем полунормальных людей, пограничные типы, промежуточные ступени” (Ганнушкин П. Б., 1964, с. 265). Благодаря Э. Кречмеру (1927, 1949) и Семену Исидоровичу Консторуму (1962) пограничная психиатрия стала царством клинической, психиатрической психотерапии. Это — к вопросу о “непримиримой борьбе” Ганнушкина с Корсаковым, Крепелином, Кречмером. Работы Ганнушкина благодарно наполнены этими именами — при том, что Ганнушкин сравнительно скуп цитирует других авторов. Всю жизнь всей душой,



медленно читаю книгу работ Ганнушкина. Своим клинически-живым, густым, психиатрически-мудрым языком она есть для меня Евангелие клинической пограничной психиатрии. По-моему, Ганнушкин — не история психиатрии, а гений вечной современности. Его клинические образы, клинические размышления бесконечно многоранны-многозначны и будут по-разному, но всегда одухотворенно, неравнодушно, с благодарностью переживаться, обдумываться и завтрашними психиатрами.

Теперь, что касается тоже отмеченного Черносвитовым в духе “непримиримой борьбы” имени Фрейда. Да, клиницист Ганнушкин, естественно, был весьма насторожен в отношении применения психоанализа (как, впрочем, и Крепелин, и многие другие западные клиницисты). Крепелин, касаясь смущавшего и раздражавшего его “слишком самоуверенно излагаемого” учения Фрейда, констатирует: “На основании разностороннего опыта я утверждаю, что продолжительные и настойчивые расспросы больных об их интимных переживаниях, а также обычное сильное подчеркивание половых отношений и связанные с этим советы могут повлечь за собой самые неблагоприятные последствия” (Крепелин Э., 1923, с. 456). Ганнушкин в своем вступлении к чтению студентам приват-доцентского курса по психотерапии доцентом Е. Н. Довбней (в начале 20-х годов прошлого века) отмечает: “Психоанализ самым грубым образом копается в сексуальной жизни, психика больного определенно резко травмируется. Больному наносится непоправимый вред.” Ганнушкин предупреждает коллег от “неумеренного, неумелого, почти преступного применения фрейдовской методики” (Ганнушкин П. Б., 1964, с. 284). Так относиться к психоанализу психиатр-клиницист имел и имеет право. В этом нет ничего политического, нет “политико-репрессивных выводов”, как это называет Черносвитов. Если эти слова Ганнушкина как-то поспособствовали запрещению у нас психоанализа, то Ганнушкин в этом не виноват. Неужели он должен был говорить неправду о своем отношении к психоанализу?

По Черносвитову, Ганнушкин “породил целую плеяду посредственностей, занявших кафедры психиатрии в стране” (Черносвитов Е. В., 2002, с. 50). Назову их. Это — Д. А. Аменицкий, Н. П. Бруханский, М. Я. Греблиовский, В. А. Громбах, И. Н. Введенский, А. М. Дубинин, П. М. Зиновьев, Т. А. Гейер, М. О. Гуревич, Л. А. Прозоров, Т. И. Юдин, А. Г. Галачьян, Ф. Ф. Детенгоф, С. Г. Жислин, А. Н. Залманзон, М. З. Каплинский, О. В. Кербиков, С. В. Крайц, Е. К. Краснушкин, А. Я. Левинсон, А. Н. Молохов, Н. И. Озерецкий, Д. С. Озерецковский, Л. М. Розенштейн, М. Я. Серейский, Т. П. Симпсон, Ю. А. Флоренская, Б. Д. Фридман, Я. П. Фрумкин, А. О. Эдельштейн, Д. Е. Мелехов, А. И. Пономарев, С. И. Скорнякова, Б. А. Фамин, П. Д. Фридман, В. М. Морозов (см. Вольф М. Ш., Гериш А. Г., 1975).

Еще Черносвитов убежден, что Ганнушкин “в корне уничтожил всех, кто пытался заниматься психологией и психотерапией” (с. 51). Оказывается, даже европейски известный профессор Юрьевского (Дерптского) университета Владимир Федорович Чиж (1855 – 1914), автор известных ярких книг, “в своей стране”, до революции, когда Ганнушкин был еще опальным доцентом, “был мало известен благодаря всевидящему оку надзирателя Ганнушкина” (с. 51). Наконец, уже при советской власти Ганнушкин преследует как “троцкиста” и “по “пятому пункту”” учителя Черносвитова молодого в ту пору психиатра И. Б. Галанта. Еврей Ганнушкин (см. Российская еврейская энциклопедия, т. 1. Изд. 2-е, исправл. и дополн. — М.: РАЕН, РИЭЦ “ЭПОС”, 1994, с. 270) при советской власти прячет “по дружбе” еврея Галанта, своего “конкурента”, приглашенного к нам из Швейцарии А. В. Луначарским, на целый год в психиатрическую клинику, “чтобы избавить от тюрьмы для политзаключенных” (с. 52). А может быть, если всё это так и есть, Галант, в самом деле, был в ту пору болен? И Ганнушкин, как мы, психиатры, это и сейчас делаем, психотерапевтически предложил несчастному больному Галанту, наполненному бредом и страхами, спрятаться в клинику от “преследователей”?

Еще раньше «Ганнушкин “похоронил” заживо научные исследования, проводимые в СССР под руководством И. Б. Галанта и Г. В. Сегалина по патографии и *патобиографии* великих людей всех времен и народов», т.е. журнал “Клинический архив Гениальности и Одаренности (эвропатологии), посвященный вопросам патологии гениально-одаренной личности, а также вопросам патологии творчества” под редакцией доцента Г. В. Сегалина (1925 – 1930 гг.) В этом журнале есть и работы И. Б. Галанта. Оказывается, материалы о себе для статьи в этот журнал дал даже Сталин. Черносвитов напоминает как бы и Ганнушкину, что “этой проблемой социальной медицины занимались все ведущие специалисты начала XX столетия, в том числе К. Ясперс и А. Гротьян”. Мне не известна история закрытия этого журнала. Возможно, это рассказал Черносвитову профессор Галант. Однако Ганнушкин не мог быть просто против патографии. Опубликовано, например, предисловие Ганнушкина (1971) к монографии его ученика А. Г. Галачьяна “Душевная болезнь И. А. Гончарова”. В этом предисловии Ганнушкин пишет в отношении патографии: “История психиатрии знает много случаев, когда психиатры-исследователи (хотя бы Моеbius, Kretschmer в Германии, Foulouse во Франции, у нас Чиж, Баженов, Аменицкий и мн. др.) производили в этом направлении чрезвычайно ценные изыскания и этими изысканиями не только обогащали психиатрическую литературу, но — смеем думать — давали и новые точки зрения в деле оценки того или другого писателя и даже в оценке смысла и значения различных литературных тенденций и направлений”



(с. 761). Далее Ганнушкин отмечает, что “И. А. Гончаров страдал несомненной душевной болезнью” и “работа психиатра А. Г. Галачяна (...) сделается совершенно необходимой для всякого будущего исследователя творчества Гончарова и для всякого историка русской литературы”. Последние строчки предисловия так ясно обнаруживают, для меня, душевную искренность-чистоту Ганнушкина: “Мы рассчитываем, что книга будет иметь значение и успех; этот успех д-ра А. Г. Галачяна будет успехом и радостью и для того учреждения, где он получил свое психиатрическое воспитание” (с. 762). Если Ганнушкин и сказал что-то неодобрительное, может быть, резкое, по поводу этого журнала, то лишь, как могу предположить, о некоторой неклинической произвольности мышления в тамошних патографических работах. Вообще ученики Ганнушкина благоговейно относились к своему учителю, больные боготворили Ганнушкина. Об этом немало в воспоминаниях его учеников и товарищей в сборнике “Памяти Петра Борисовича Ганнушкина” (1934).

Т. И. Юдин (1934) там, например, пишет: “Любовь П. Б. наблюдать, знать и понимать все мелочи жизни благодаря теплоту, внимательному отношению к людям, готовности прийти к каждому на помощь превращала его в товарищеской жизни в незаменимого, все понимающего друга-советника, а в жизни общественной психиатрии в большого психиатра-общественника” (с. 22). Был он тревожным, нерешительным, сомневающимся, совестливым, очень скромным и в то же время, в отличие от типичного психастеника, “живым, деятельным, активным” (с. 24). Из довольно откровенных воспоминаний о Ганнушкине сестры и жены: сын сельского врача; вспыльчивый и отходчивый; властный; в гимназии “к преподавателям относился с большой критикой и насмешкой”, “не любил никакого гнета, прислуживания”; “к товарищам относился исключительно терпимо, заботливо и скромно, выдвигая их, а не себя”; “к нижестоящим — исключительно вежливо и внимательно”; “совершенно не был честолюбив, чрезмерно был скромнен”; “хорошие организаторские способности”; “подвижный, жизнерадостный, часто смеющийся человек”; “прирожденный” общественник”; “был бесплатным тюремным врачом в Бутырках, куда пошел исключительно для спасения политических заключенных”; “жил всегда в хороших материальных условиях”; “очень любил природу”; “считал себя ответственным за всё, что происходило в общественной психиатрической жизни”; “был первым заступником и охранителем прав душевнобольных”; “всегда отзывался на каждый призыв, считая себя обязанным помочь везде, где в нем нуждались”; “не любил публичных выступлений”; “выступать не любил по своей скромности, всегда готов был отказаться от чтения лекции, хотя был блестяще подготовлен к ней, так как перед лекцией всегда волновался, но, обладая исклю-

чительным ораторским талантом читал вдохновенно при переполненной аудитории”; “в семейных событиях всегда принимал активное участие”; “хорошим семьянином, однако, его назвать нельзя, так как весь склад его характера, интересов, стремлений был вне семейной жизни”; “работа поглотила его совершенно”; “любил простоту”; “презирал всякий намек на мещанский и буржуазный идеал домашней жизни”; “был очень общителен с близкими друзьями, но о своих переживаниях ни с кем, кроме жены, не делился” (“П. Б. Ганнушкин в воспоминаниях его сестры Марии Борисовны и жены Софьи Владимировны Ганнушкиных”, 1975, с. 46 – 47).

Одно из консторумских клинических наблюдений. “Больной К., 19 лет. Классическая кататония с гебефреничными чертами. В течение шести месяцев в беспокойном отделении больницы им. Ганнушкина. Лежит, укрывшись с головой, спонтанно не говорит, но охотно отвечает на вопросы, совершенно нелеп, дурашлив, крайне вычурная моторика, таскает у соседей продукты, непрерывно мастурбирует. В судьбе больного принимает участие П. Б. Ганнушкин, настойчиво уговаривающий нас перевести больного в санаторное отделение. Уступая настойчивым просьбам П. Б. Ганнушкина, мы, наконец, решились в вечер своего дежурства перевести больного в санаторное отделение, будучи, конечно, уверенными в том, что на следующий день переведем его обратно. Однако на следующее утро в коридоре отделения к нам подходит больной, с улыбающимся лицом здороваются, благодарит за перевод в отделение, где ему очень нравится и просит назначить его на трудовую терапию. В дальнейшем, больной остается полтора месяца в отделении, уживается с коллективом, вполне социабилен, работает, в основном, однако, оставаясь манерным и несколько чудаковатым. Выписывается в состоянии относительно хорошей ремиссии. Спустя шесть месяцев новое обострение процесса (наблюдение 1932 года)” (Консторум С. И., 1962, с. 112).

Д. С. Озерецковский (1975) вспоминает: Ганнушкин, “прервав обход, после того, как он задал несколько вопросов больной”, подошел к нему, молодому ординатору, врачу этой пациентки, “затерявшемуся где-то в конце следующей за ним “свиты”, отозвал меня в гостиную и там спросил, не буду ли я возражать против замены получаемого больной лекарства другим” (с. 49).

Мой покойный отец, Е. И. Бурно, рассказывал, что когда Ганнушкин на извозчике приезжал куда-то по делам и вылезал из экипажа, то вытаскивал из карманов конфеты для детей, которых встречал по дороге. И еще психиатры прежних времен вспоминали, что когда Ганнушкин умер, необыкновенное множество грустных больных наполнили собою улицу — попрощаться с профессором. В молодости спрашивал пациентов, еще знавших Ганнушкина, какой он был. Пациенты светлели, вспоминая его мягкость, доброту, теп-



лую заботу. При том, что одна из пациенток и сказала, что Ганнушкин был “смешновато-полный добрейший Хрюшечка”.

Черносвитов сообщает, что у него «есть все основания утверждать, что если Есенина довели до самоубийства, то большую лепту в это дело внес именно П. Б. Ганнушкин. Он трижды *превентивно* (понимай, принудительно!) *госпитализирует* Есенина в свою клинику, всякий раз под предлогом, что спасает его от тюрьмы (этот прием он использовал и в отношении своего коллеги И. Б. Галанта). (...) Есенин, написав в палате психиатрической больницы “Клен ты мой, опавший”, убегает в Ленинград, и его находят повешенным в “Англетере”» (с. 52). Что тут могу сказать? Покойный профессор Петр Михайлович Зиновьев (1883 – 1965) был душевно близок со своим учителем Ганнушкиным. Зиновьев помогал больному уже Ганнушкину в работе над “Клиникой психопатий”. Это было так важно для Ганнушкина, что он даже отметил в сноске, что без Зиновьева “мы бы не справились с нашей задачей” (Ганнушкин П. Б., 1964, с. 120). Так вот, скромный, чуткий Петр Михайлович (см. о нем в Журн. невропатол. и психиатр. им. С. С. Корсакова, 1962, вып. 2. Юбилейные даты) вспоминал-рассказывал, как Ганнушкин мучился, что, действительно, мог поспособствовать самоубийству Есенина, разрешив слишком рано выписать его из клиники, уступая его горячим просьбам. Есенин уже не первый раз лечился там от белой горячки, и психотика после выписки могла оживиться. Психиатру, думается, так понятны эти переживания Ганнушкина. Всё это я слышал от врачей, близко знавших Петра Михайловича. И более тут ничего не могу прибавить.

Ганнушкин не был врагом советской власти. Он даже, видимо, был немного увлечен в ту пору социалистическим строительством, как и Консторум, как и другие известные психиатры-клиницисты, которым были по душе забота власти об “униженных и оскорбленных”, оптимистические идеи социалистического коллективизма, человеческая неприязнь к “дегенеративной истерии” в богатых семействах и т.п. Да, Ганнушкин заботился “об охране здоровья партактива” (так называется одна из его работ, опубликованная в 1930 г.). В ту пору еще не развернулись безнравственные репрессии. Еще не созрела большевистская фальшь. Романтическая юность строя способствовала доверчивым мечтам. “Клиника психопатий” заканчивается словами: “можно с полным основанием думать, что социалистическое устройство жизни с его новым бытом, с его новой организацией труда, с новой социальной средой будет препятствовать выявлению психопатий и явится залогом создания нового человека” (Ганнушкин П. Б., 1964, с. 252). Ганнушкин, как и многие другие крупные российские беспартийные врачи-исследователи, далекие от политики, сосредоточенные на своем нравственном врачебном долге, брал от власти, строя себе созвучное (одухо-

творенный материализм, клиницизм, борьбу с беспризорностью, проституцией и т.д.) и, может быть, более всего тревожился потерять возможность помогать по-своему больным. Многие из нас покорно, без партбилетов, отстраненно, но все же тихо, молчанием приспособивались даже к карикатурно-откровенной вялой безнравственности в пору социалистической дряхлости. Сам считаю себя (уже писал об этом) бывшим тихим беспартийным диссидентом во времена советской власти, как и мои родители-психиатры, как и многие мои коллеги. Тихим — в том смысле, что не стремился подписывать антикоммунистические письма, документы, боясь потерять свое любимое психиатрическое дело. И в этом отношении могу хорошо понять Ганнушкина. Если раньше, сразу как только пала советская власть, я пытался осуждать себя за эту прежнюю “тихость”, то со временем понял, что, будь я *воинственным* диссидентом, моим пациентам и слушателям-врачам от этого не было бы лучше: потерял бы место, таскали бы в “органы” и т.п. Конечно, если бы Ганнушкин был по природе своей философ-идеалист, он был бы выслан в 1922 г. на злосчастном корабле из России с другими учеными, духовно-откровенно не согласными с Октябрьской революцией, новой жизнью. Но Ганнушкин был исследователь-практик, с сердечным размышлением помогающий душевнобольным, и новая жизнь, более или менее искренняя юность строя помогала ему в этом, как, например, и университетскому товарищу А. П. Чехова невропатологу Григорию Ивановичу Россолимо (1860 – 1928). Нарком здравоохранения Н. А. Семашко, например, благодарил профессора Россолимо за создание первого в стране детского отделения при клинике нервных болезней (см. Журн. невропатол. и психиатр. им. С. С. Корсакова, 1953, №9). Не случайным было, конечно, благожелательное, благодарное отношение молодой советской власти к Россолимо и Ганнушкину: это были болеющие душой за народ российские интеллигенты, волей-неволей способствовавшие Октябрьской революции, как, например, и Толстой с Чеховым. Толстой и Чехов — своим глубоким художественным сочувствием к страданиям людей. Приват-доценты Россолимо и Ганнушкин — например, тем, что в 1911 г. ушли из Московского университета (вместе с группой дружных преподавателей) в ответ на репрессии, преследование революционно настроенных преподавателей и студентов царским министром народного просвещения Л. А. Кассо. Советская власть сделала Ганнушкина профессором. Всё вот так сложно в нашей жизни. Но российский интеллигент природой своего характера не способен быть ханжой, не способен к безнравственным поступкам. А если что-то нехорошее по обстоятельствам вдруг и совершит, то это обычно случайное, непродуманное событие, недоразумение, после которого наступают нравственные мучения и раскаяние-покаяние. Поэтому, конечно же, дико мне читать у Черносвитова, что “на



совести П. Б. Ганнушкина много темных и нехороших дел” (с. 52).

Вот всё это написал, выписал, вспомнил, и, кажется, мне уже не нужны доказательства безнравственности Ганнушкина. Живой мудрый тревожный Ганнушкин сейчас как бы рядом со мной. Или я не клиницист, не понимаю людей и занимал, занимаю в жизни своей чужое место, или я не нуждаюсь в каких-то там “фактах” “многих темных и нехороших дел” Ганнушкина, как не нуждаюсь и в документальных доказательствах безнравственности, например, А. П. Чехова. Мне хочется сказать читателям и слушателям Черносвитова: почитайте не спеша работы самого Ганнушкина, в них всё написано о Ганнушкине.

Апология (греч. apologia) — древнее слово, означающее защиту, например, какого-то человека, защиту, проникнутую восхищенным оправданием этого человека. Классический пример — платоновская “Апология Сократа” (оправдательная речь Сократа, произнесенная им на афинском суде). Особый, может быть, торжественно-иронический оттенок этой защиты-оправдания, думается, состоит в том, что защищается, собственно, не нуждающееся в защите.

Конечно, Ганнушкин не нуждается в защите. Как и Сократ.

И всё же светлое уважение в душе осталось у меня из молодости к творческой самостоятельности Евгения Васильевича Черносвитова, к его душевной, философской смелости-углубленности. Всё хочется думать о случившемся как о какой-то несурразице, дурном сне.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Блейлер Э. Руководство по психиатрии: Пер. с нем. А. С. Розенталя. — Берлин: “Врач”, 1920. — 542 с.

2. Бурно М. Е. Клиническая психотерапия. — М.: Академический проект, ОППЛ, 2000. — 719 с.
3. Вольф М. Ш., Герши А. Г. Материалы к врачебной, научной и педагогической деятельности соратников и учеников П. Б. Ганнушкина // Проблемы бреда, пограничные состояния и вопросы организации психиатрической помощи (Тезисы научн. конференции, посвященной 100-летию со дня рождения профессора Петра Борисовича Ганнушкина) — М.: МЗ РСФСР, 1975, с. 80 – 89.
4. Ганнушкин П. Б. Избранные труды. — М.: Медицина, 1964. — 292 с.
5. Ганнушкин П. Б. Неопубликованная рукопись П. Б. Ганнушкина // Журн. невропатол. и психиатр. им. С. С. Корсакова, 1971, вып. 5, с. 761 – 762.
6. Ганнушкины М. Б. и С. В. Ганнушкин в воспоминаниях его сестры Марии Борисовны и жены Софьи Владимировны Ганнушкиных // Проблемы бреда (...) — М.: МЗ РСФСР, 1975, с. 44 – 48.
7. Консторум С. И. Опыт практической психотерапии. — М.: Гос. инст. психиатрии, 1962. — 224 с.
8. Корсаков С. С. Курс психиатрии. — 2-е изд. — М.: Изд-во Об-ва для пособия нуждающимся студентам Императорского Моск. ун-та, 1901. — 1114 с. +I-XXXIII.
9. Крепелин Э. Введение в психиатрическую клинику: Пер. с нем. — М.: Народн. комиссариат здравоохран., 1923. — 458 с. +I-IX.
10. Кречмер Э. Медицинская психология: Пер. с нем. В. Е. Смирнова. — М.: “Жизнь и знание”, 1927. — 350 с.
11. Кречмер Э. Об истерии: Пер. с нем. И. И. Бергмана. — М.-Л.: Госиздат, 1928. — 160 с.
12. Кречмер Э. Строение тела и характер: Пер. с нем. Г. Я. Тартаковского. — М.-Л.: Госиздат, 1930. — 304 с.
13. Кречмер Э. Гениальные люди: Пер. с нем. Г. Ноткина. — СПб.: Академический проект, 1999. — 303 с., илл.
14. Озерецковский Д. С. Светлой памяти учителя // Проблемы бреда (...) — М.: МЗ РСФСР, 1975, с. 49 – 52.
15. Юдин Т. И. П. Б. Ганнушкин и малая психиатрия // Памяти Петра Борисовича Ганнушкина. — М.-Л.: Госиздат биол. и медиц. литературы, 1934. с. 22 – 26.
16. Kretschmer E. Psychotherapeutische Studien. Thieme. Stuttgart, 1949. — 207 sec.

Проф. М. Е. Бурно

всех на виду — реальным вкладом его многочисленных учеников, — что для психиатров-профессионалов автор сам вынес себе приговор. Но студентам, новичкам в предмете, может легко понравиться сама хлесткость как таковая, само свержение авторитетов, сама скандальная риторика. Между тем, вся книга — яркий калейдоскоп противоречивой отсебятины, категорических оценок, демонстративности, — явный итог отсутствия систематических знаний и хорошего вкуса. Вот только несколько перлов: “Теория личности на новом витке возвращается к представлениям Чезаре Ломброзо, Франца Йозефа Галля, Отто Вейнингера, Макса Нордау...” (с. 13). “Pathos прямо зависит от pozos” (с. 99). “Харизма результат гормональной деятельности человека” (с. 107). “Олигофрения не имеет под собой никакого материального субстрата” (с. 116). “Моцарт и Анатолий Франс были олигофренами” (с. 117). “Но была и другая причина неприятия психосоматики в нашей стране, не менее важная,



чем первая. Дело в том, что Фрейд боялся дискутировать только с одним человеком, признавая его равным себе, — Иваном Петровичем Павловым” (с. 109). “Фрейд пришел в СССР только в 1977 году” (с. 200). “За последние 50 лет не появилось ни одного нового лекарства” (с. 154). И т.д., и т.п.

“Социальная медицина” — фактически уже третье издание в Москве. В 2000 г. ее издал “Владос”, в 2001 г. — “Московский государственный социаль-

ный университет”, в 2002 г. — “ЮНИТИ-ДАНА”. На книге значится: “Рекомендовано учебно-методическим центром “Профессиональный учебник” в качестве учебного пособия для студентов высших учебных заведений”.

Мы считаем необходимым призвать к ответу официальных рецензентов, редакторов и учебно-методический центр, так как происшедшее — прецедент большой общественной значимости.

## Юбилейная мифология

В третьем выпуске “Российского психиатрического журнала”, органе Государственного центра социальной и судебной психиатрии им. Сербского, опубликован доклад директора этого центра Т. Б. Дмитриевой к его 80-летию юбилею.

Юбилейный жанр скрадывает фокус по превращению самого мрачного учреждения в истории психиатрии в передовой научный центр. Скромно не уточняется, за какие труды это учреждение получило в 1971 году Орден Трудового Красного Знамени. Более того, эти труды резко преуменьшаются: если еще недавно мы протестовали против цифры 400 – 500 клиентов этого учреждения по политическим статьям за 30 лет, указывая, что в одной Санкт-Петербургской больнице строгого наблюдения мы обнаружили их более 2000 тысяч, то теперь Дмитриева утверждает, что “психически больными-невменяемыми были признаны единицы”. Видимо, нули для нее не в счет. Но даже в отношении этих “единиц” она не принимает обвинений в карательной деятельности психиатрии, переадресовывая ее в адрес “государства в целом”. Но эта попытка обезличить и растворить ответственность делает ненужным само понятие “ответственности”.

Девичья память демонстрируется в отношении проверки Института им. Сербского в 1956 году комиссией во главе с проф. Дмитрием Федотовым, которая рекомендовала расформировать Институт, в связи с отрывом от общей психиатрии, стремлением установить свою диктатуру в области психиатрической

экспертизы, подгонку диагнозов, избиения больных, а также в отношении инспекционной комиссии Всемирной психиатрической ассоциации в 1991 г. под председательством проф. Джима Берли, отметившей, в частности, неудовлетворительный уровень экспертной деятельности (в отличие от Независимой психиатрической ассоциации России).

“Потребитель” информации этого журнала угощается мифологизацией истории Института с момента его создания до настоящего времени. Но мифологизацией, написанной словно другой рукой, чем недавняя книга Дмитриевой “Альянс права и милосердия”, где бескомпромиссному проф. В. П. Сербскому вменялось несотрудничество с полицейским ведомством.

Профессионала может поразить совершенно произвольное отношение к истории, как будто текст писал не психиатр. Так, утверждается, что труды Фрейда впервые начали публиковаться в России в годы НЭПа, тогда как для ознакомления с ними еще в 1910 году был создан журнал “Психотерапия”, издание которого пресекла Первая мировая война. В 1914 г. сам Фрейд писал: “В России психоанализ известен и распространен; почти все мои книги, как и других приверженцев анализа, переведены на русский язык”. Наконец, даже студентам положено знать, что первую кафедру психиатрии в Москве создал отнюдь не И. П. Мержеевский, и т.д. и т.п.

Ю. С. Савенко



## Охотничек (рассказ)

*Этим стулом мастер Гамбс  
начинает новую партию мебели.*

Жара. Безлюдье. Высоко парит ястреб. Только что скосили хлеба и вокруг ровный ежик желтой степи. Я первый раз в жизни иду на охоту. На уток. На плече тяжеленная “Тулка”, в кармане четыре патрона.

Вот и озеро. Небольшое, круглое, блестящее на желтой скатерти. Подкрадываюсь. Недалеко от берега плавают несколько уток. Странно, но на меня они не обращают никакого внимания, наверное знают, что охота еще не открыта. Прицеливаюсь и стреляю. Дробь аккуратной дорожкой по воде ложится точно через уток. Все, кроме одной, улетают. Эта ныряет, выныривает и бестолково кружит по воде. Попал! Снова стреляю. Снова дорожка, снова утка ныряет, потом снова кружит. Внутри у меня возникает неведомое раньше чувство. Азарт охотника. Быстро раздеваюсь догола, забиваю два последних патрона и лезу в воду. Ноги тонут в мягком иле, вода по пояс. Утка обалдело смотрит на меня. Стреляю с десяти метров. Она ловко ныряет, потом кружит рядом со мной. Последний патрон. Стреляю наверняка! Все повторяется. Меня охватывает злость. “Ну погоди же

ты!”. Вешаю бесполезное ружье на шею и гонюсь за уткой. Она беспорядочно ныряет и выныривает, видимо сознание начинает ее покидать. Мое сознание тоже сужено: ничего вокруг, только я и утка. Она — цель, она — злобный, издевающийся надо мной враг. Есть, поймал, схватил за шею. Торжество! Вылезаю на берег. Утка еще жива, и я не знаю, что с ней делать. Злость на нее еще не прошла. Я неумело откручиваю ей голову и успокаиваюсь.

Охота окончена, я с добычей. Странно, но меня это не радует. Надо идти домой. Господи, где же одежда?! В пылу охоты я потерял ориентацию и вылез где-то в другом месте. Теперь надо бежать по берегу. Когда бежишь босой по острой стерне, быстро соображаешь, что окружность гораздо длиннее радиуса. Откуда ни возмись, три мужика. Они оторопело уставились на совершенно голого человека с ружьем в одной руке и уткой в другой. Ничего не говорят и долго смотрят мне вслед.

Одежду я нашел, но больше никогда не охотился.

*Сентябрь 2000 г. А. Ю. Магалиф*

*Памяти друга Г. И. Плутина*

## Одноразовый мужчина

Письмо в газету в ответ на статью о мужской проституции

Простите, что вы от меня хотите? Да, мужчина, да холостой. Честно выполняю свои половые обязанности с 15 лет. А имею за это... То, что я за это имею — совершенно неадекватно затраченным усилиям, принесенным жертвам, несчастьям, разочарованиям и отчаянию от несостоявшейся жизни.

Почему я такой? А вы когда-нибудь мне предлагали альтернативу? Ехать на БАМ? Отправляться в Афганистан или Чечню? Обежать земной шар босиком? Забраться в одних трусах с ледорубом на Джомолунгму? Знаете, за деньги и сейчас таких желающих полно, а уж раньше было...

Я выбрал проституцию. У меня 32 женщины (по количеству дней в месяце, 2 — запасные). Одинокие.

Обеспеченные. Я их обслуживаю согласно их вкусам, умственному и физическому развитию, осведомленности в вопросах любви и секса. Всегда — по высшей категории. Они меня любят, называют козликом. Зайчиком, плэй-боем, Казановой и мастером. Два-три часа в день я затрачиваю на эту, скажем прямо, грязную и недостойную театральную деятельность, но уж остальное время, голубчики вы мои, — мое личное! Неприкосновенное! Мое и только мое!

Да! Да! Я люблю “Улисса” в подлиннике и обожаю Кафку! Всего! С головы до ног! Ах, я голубой? А насчет баб как же? Скажу так: я — розово-голубой или фиолетовый или серо-буро-малиновый в клеточку. Как вам больше нравится. Продукт социалистического строя великой эпохи строительства коммунизма. И отстаньте от меня раз и навсегда!

Не подписываюсь не только из-за конспиративных соображений, но и потому, что у меня и так большая перезагрузка в работе.



## Женщина XXI

Она была одной из первых, допотопных еще, моделей биороботов для "любви" и вынашивания детей. Высокая, стройная, длинноногая. Все ее существо было предназначено для зачатия и вынашивания ребенка и, казалось, так и кричало каждому прохожему: "Совокупись со мной!" И если прохожий внимал этому внутреннему ее голосу, то он потом не жалел: неизъяснимое блаженство таилось в ее синтетических чреслах, тихая ласкающая мелодия сопровождала весь акт с начала до конца, а извивы прекрасного тела и сладостные крики и вздохи блаженства так имитировали оргазм, что многие бывалые мужчины предпочитали ее настоящим женщинам, рыхлым и капризным, требующих денег, обладающих своего партнера запахом от табака и дыханием алкоголя.

А после совокупления она сразу же переставала существовать для партнера. И его абсолютно не интересовало, что будет с граммами его спермы, с этими каплями живой жизни. А происходило вот что. Если ее детородный механизм был заряжен женской половой клеткой, то происходило оплодотворение, и она

начала вынашивать ребенка. Но в ее обязанности входило все так же бродить по улицам с кричащим от желания телом, так же страстно совокупляться с каждым желающим мужчиной, но каждую порцию полученной спермы она аккуратно несла на пункт сбора, где получала дополнительную подзарядку питанием, положительными эмоциями, а за особенно хорошую работу ее на определенное время подключали к роботу-учителю, который закладывал в блок ее памяти понравившиеся ей сказки и истории, эпизоды из Великого прошлого Большой страны, просто смешные анекдоты. Она знала, что это все будет нужно ее будущему ребенку, которого, в конце концов, ей разрешат оставить себе. И она, наконец, обретет свое Я. Она очень надеялась, очень старалась приблизиться к заветной цели. Но эта цель все отдалялась и отдалялась по неизвестной причине.

Примитивный робот, она не в состоянии была догадаться, что ее программа не была на это рассчитана.

*Е. В. Игнатенко (Петрозаводск)*

### Третий международный форум РАССТРОЙСТВА НАСТРОЕНИЯ И ТРЕВОЖНЫЕ РАССТРОЙСТВА

27 – 30 ноября 2002 г., Монте-Карло, Монако

*Научный и организационный комитет:*

**AISC & MGR – AIM Group, Rome Office**

**Via A. Ristori, 38 – 00197 Rome, Italy**

**Tel. +39 0680968.1; Fax +39 068088491**

**E-mail: [ifmad@aisc.it](mailto:ifmad@aisc.it); [www.aimgroup.it/ifmad2002](http://www.aimgroup.it/ifmad2002)**



## РЕКОМЕНДАЦИИ

Эдмунд Гуссерль. Собрание сочинений. Том III (1). Логические исследования — М., 2001. *Первый перевод второго тома “Логических исследований”, излагающий существо феноменологического метода*

Герберт Шпигельберг. Феноменологическое движение — М., 2002

Альберт Швейцер. Мироззрение индийских мыслителей (мистика и этика) — М., 2002

Эволюция форм художественного сознания в русской литературе (опыты феноменологического анализа) — Екатеринбург, 2001

\* \* \*

Гомер. Одиссея в прозаическом переложении Лоуренса Аравийского — СПб., 2000

Сутра о мудрости и глупости. — М., 2002

Мирча Элиаде. История веры и религиозных идей. Том 2. — М., 2002

Религиеведение. Хрестоматия — М., 2000

Антоний митрополит Сурожский. Труды. — М., 2002

М. Т. Степанянц. Восточная философия. — М., 2001

\* \* \*

Исаак Беккер. Не остуди свое сердце... (записки врача-психиатра) — Набережные Челны, 2002

Личность, культура, этнос. Современная психологическая антропология. — М., 2001

С. Д. Кацнельсон. Категории языка и мышления. — М., 2001

М. П. Чередникова. “Голос детства из дальней дали”... (игра, магия, миф в детской культуре) — М., 2002

\* \* \*

Ойген Розеншток-Хюсси. Великие революции (Автобиография западного человека) — М., 2002

Анатолий Приставкин. Долина смертной тени. Роман-исследование. — М., 2002

Б. А. Романов. Люди и нравы древней Руси — М., 2002

Джордж Райли Скотт. История пыток — М., 2002

Лора Энгельштейн. Скопцы и царство небесное. — М., 2002

Валерий Фатеев. Жизнеописание Василия Розанова. — СПб – Кострома, 2002

Евгений Штейнер. Авангард и построение нового человека (советская детская книга 1920-х годов) — М., 2002

Гленн Вильсон. Психология артистической деятельности. — М., 2001

\* \* \*

Андрей Белый. Глоссалалия. — М., 2002

Ю. М. Лотман. История и типология русской культуры. — СПб., 2002

Как работает стихотворение Бродского (из исследований славистов на западе) — М., 2002

Ролан Барт о Ролане Барте — М., 2002

Петер Козловский. Миф о модерне. — М., 2002

\* \* \*

Незнакомый Гамсун. — Мурманск, 2001

Лу Андреас-Соломе. Прожитое и пережитое. — М., 2002

Неожиданный Честертон. — М., 2002

Дэвид Мэдсен. Мемуары придворного карлика, гностика по убеждению — СПб., 2002

Игорь Губерман. Каждый день — праздник. — СПб., 2001

Джеймс Борен. Как стать идеальным мерзавцем. Настольное пособие для политиков и бюрократов. Предвыборные и поствыборные советы, рецепты, формулы. — М., 2002

\* \* \*

М. А. Ковнер. Ганс Густавович Гельман (1903 – 1938) — М., 2002

Физики не шутят (страницы социальной истории НИИ физики при МГУ, 1922 – 1954) — М., 2000

А. Арутюнов. Убийцы Саввы Морозова — М., 2002

Милован Джилас. Беседы со Сталиным. — М., 2002

\* \* \*

Неправительственные правозащитные организации РФ (справочник) — М., “Республика”, 2002



# ABSTRACTS AND TRANSLATIONS

## Psychiatry and Human Rights in Russia: Tendencies of Today (1999 – 2002)

Yu. Savenko, L. Vinogradova

In 1999 at the Hamburg Congress both Professor V. Krasnov and Dr. Yu. Savenko made reports on the same subject: "The tendencies in Russian psychiatry over the period of 1989 – 1999". The reports were perceived as complementing each other. In his speech, Dr. Savenko sought to emphasize the ambivalent nature of the development in all its directions. The current review is to concentrate on the human rights aspect of Russian psychiatry over the last three years. At the very start, it is necessary to note that unfortunately the relevant tendencies of late years have been increasingly negative.

It has been 10 years of governmental disregard for the article 38 of the Federal Law "On the Psychiatric Care and the Guarantees of Citizens' Rights in its Provision", in accordance to which a state-run Service for protection of in-patients' rights should have been created. We would join efforts of the both domestic professional societies and non-governmental organizations to initiate the establishment of such service at least in a few regions of Russia under the aegis of the Ombudsman of the Russian Federation. Nevertheless, the non-governmental service whose functions are performed both through the activities of the Independent Psychiatry Association of Russia and through its interaction with the existing regional human rights network of the Moscow Helsinki Group has been facing severe opposition primarily in Moscow. This non-governmental service launched an extensive monitoring concerning patients with mental disorders in early 1999 and publishes its results in annual reports of the Moscow Helsinki Group.

According to the results of our monitoring, the last three years have been enduring infringement of the most fundamental rights — **the right to the minimum life support**. Barely beyond the city limits of Moscow — as near as in Moscow region — the right is being flagrantly violated in respect of mental hospital in-patients and specifically the inmates of psychoneurological boarding houses. The same way as it has been reported of the situation in Khabarovsk area, here life support amounts to the meager 30 – 40 % of the required sum (although, thankfully, it has increased from 20 – 25 % of 1999). The relevant figures may be arranged into a plummeting curve on the basis of the following four points: the established standards of nutrition and medical treatment; the budget planned; the budget actually allotted; and the finance that finally made its way to its addressee. The last figure can only be established through unexpected spot checks. The situation va-

ries in different regions: in some of them (Kyzyl, Penza and Starovolzhsk) patients obtain nutrition 3 – 4 times below the standard; in Astrakhan, the standard of medical aid has been reduced by 20 times, while in Tomsk they provided no finance for free medical aid at all, which is a gross infringement upon patients' rights.

Unfortunately, in many regions **the right to life space** is transgressed as well: instead of 7,5 square meters per patient, mental hospital provides an average of 4 and even 2,5 square meters (Vologda and Saint Petersburg regions).

The very **psychological climate of psychiatric institutions**, set by junior personnel towards patients, is of even greater significance. Celebrating the 170 years anniversary of the Pinel reform in Russia (1832), we have to admit the following realities of the present: use of handcuffs and uncontrolled bindings, beatings of patients, application of neuroleptics of two first generations without necessity and without drugs released side effects. That is to say the situation is worse than that of the pre-Soviet Russia. The above examples are no kind of rarity in Moscow, taking place not only in Butyrskaya prison, but also at the model mental hospital № 1.

Among the violations of the Law on the psychiatric care, violations concerning pronouncing persons incapable are particularly numerous. For instance, all patients of psychoneurological boarding houses in Astrakhan and Nizhny Novgorod regions are pronounced incapable in absentia. The inmates of boarding houses for the mentally retarded children are largely deprived of their rights. Thus, they are reportedly bound to a central heater and given little food as a punishment in Tyumen region, and the tuberculosis rate is 86 times higher than the official statistical data of the entire region. A few incidents have been reported when inmates of special schools for the mentally retarded children (Ulyanovsk) were conscripted into the army to make up for the shortage of recruits. Becoming targets of derision and violence, they go for self-inflicted wounds and beef up the ranks of deserters and murderers.

In defiance of the existing legislation, **people with mental disorders are denied information about their diseases and methods of treatment they undergo. However, this very information is no medical secret for law-enforcing bodies**. Despite the fact that the law prescribes to disclose such information in case of commencement of prosecution or legal proceedings only, members of law-enforcing bodies maintain the practice of using the



confidential information to refuse mental patients to investigate their complaints. As to drug addicts, in a number of Russian regions staff members of narcological outpatient centers give away information on their patients to local departments of internal affairs, and they do it on the regular basis. In Moscow, such activities are demanded by a special instruction, approved by Moscow committees of health care and internal affairs in defiance of the Federal legislation. The Law "On the narcotic drugs and psychoactive substances", in force since 1998, in fact pronounced each drug addict a delinquent and keeps bringing tens of thousands of ordinary consumers, mainly the young ones, to court and prison.

**Proprietary rights** of people with mental disorders are often infringed, too. The mentally ill's relatives, acquaintances and representatives of psychiatric services alike often encroach upon their apartments and other property.

Most of mental hospitals don't provide its inmates with telephone communications.

Quite a few mental institutions have opened Orthodox chapels, yet few of them have arranged facilities for believers of other creeds.

Many are the occasions when people with mental disorders, spared capability, are refused **to take part in elections**. At the same time, in several regions the authorities reportedly used votes of mental patients for their purposes.

In a number of cases, psychiatry was used to suppress human rights activities.

Also, **manipulated psychiatry has been persistently applied to a number of religious organizations** and even their secular anti-drugs offshoots in attempts to liquidate the institutions. The actively critical position of the Independent Psychiatric Association of Russia led to the consecutive change of accusations from "bringing harm to mental health and deforming personality" to "illegal imperceptible use of hypnosis" to, later, "activities on the subconscious level" and, finally, to "inducement by means of editions to form a social-psychological spirit of alienation from the state, society and traditional culture". Thus, the political and ideological inside of the notorious "care about mental health" has emerged in its entirety. Having failed to prove the charges of the Church of the Witnesses of Jehovah, the Church of Unification, the Church of Scientology, and many others, prosecutor's offices employ a variety of tricks to protract legal proceedings, making the enforcement procedures interminable.

So, as compared to the year of 1999, the financial situation of psychiatric services in many regions has improved, reaching 50 % of the established standards. However, violations of mental patients' proprietary rights keep growing. People with mental disorders are impeded to enter educational institutions or to find a job. There is a mounting tendency of using psychiatry for non-medical purposes.

Grave violations of human rights in Russian mental hospitals were also disclosed by the representatives of the Council of Europe's Committee for the prevention of torture and inhuman or degrading treatment or punishment (CPT), which had been doing spot checks in different regions of Russia.

Switching from facts to the reasons for such disastrous circumstances, one should first pay attention **to the general state of things in the country**, taking into account the protracted war in Chechnya, legal controversies and attempts to settle the swollen agenda by means of force and pressure. In fact, the authorities lack a formulated policy concerning mental health, giving away their attitude towards the field by the amount of financing the Federal Program for Improvement of Psychiatric Services had received over the course of 1995 – 1997 – 0,2 % (!). In other words, the Program had been frustrated despite the fact that the top office of the Ministry of Health Care at that time was held by a psychiatrist. Reshaping of medical and, in the first place, psychiatric services in Russia proceeds at an extremely languid tempo. Frankly, we can't even say what exactly model of medicine we are to choose, nor can we define who is to pay for medical aid. As a result, the domestic medical field suffers a drastic drain of qualified cadres, while the remaining specialists transform into businessmen who are forced to sell their services on their own. Concerning the status of the medical profession, it is best illustrated by the fact that a qualified worker or a common salesperson may earn more than a doctor. Psychiatry is a branch of medicine that has remained entirely state-run, short of private clinics and consulting centers, and, given state financing become insufficient, the system will fall apart.

A new program for improvement of psychiatric services has been elaborated, yet, should there come no special efforts about its implementation, should there be no support of the project from the society and, first and foremost, non-government organizations, it will also fail. However, the governmental policies have recently undergone marked changes in respect of the issue. Following persecution of independent media, the authorities started "reinforcement of governmental regulation of non-government organizations' activities". It mostly affected those organizations that conduct independent examinations (in particular, ecological and psychiatric ones). The lawsuit against the Ecological Union has been dragged on for a second year already, and recently the Ministry of Justice suggested that we should withdraw references to expert activities from the Association's charter and refrain from human rights consulting — one of the Association's fundamental and free services, we had been providing to the population since 1989. Serbski State Center of Social and Forensic Psychiatry in close cooperation with law-enforcement bodies has been successfully implementing monopolization of forensic examination. (Incidentally, in 1956, during the short-aged epoch of destalinization (the so-called "thaw period") a special commission, investigating the activities



of the Serbski Institute, recommended to dismiss the institution because of its retreat from general psychiatry, attempts to establish its monopoly in the field of psychiatric examination and forging diagnoses. Instead, the commission itself faced repression soon. Another opportunity to dismiss the Institute as the center for use of psychiatry for political purposes in 1991, in the wake of the desovietization spell, was similarly omitted). Starting since spring 2001, the Center stopped executing judicial definitions to include IPA members into its expert commissions, although such practice had been much productive before. Through the Center's efforts, the forensic psychiatry examination for the first time was declared by the Ministry of Health Care as one of medical activities that require licensing.

The aftermath of discarding the competitive examination would soon result in scandalous precedents, the Center's expert examination on mental health of colonel Budanov being the most telling of all examples. The public witnessed total neglect of professional criteria and application of the same methods that had been used towards political dissidents. Owing to the international support of the public resentment and, to a certain extent, to the IPA's negative review, the state prosecutor's position was dras-

tically changed. Yet, the next expert commission defiantly featured the chief director of using psychiatry for political purposes academician Georgy Morozov, boycotted by the World Psychiatric Association (WPA). In December 2001, at the 80 years anniversary of the Serbski Center, academician Dmitriyeva actually rehabilitated Georgy Morozov in public, repudiating the facts of professional abuses.

These are not just tendencies, but the real and galloping progress of events, which can cause liquidation of the registration of the Independent Psychiatry Association of Russia, a unique professional and human rights organization.

Thus, the evident insignificance of human rights concerns and mental health issues (factors profoundly connected) for the authorities stems from their narrow-minded and distorted perception of the problems. As a consequence, there is no consistent policy of mental health within the country, and civil initiatives mainly obtain but a verbal support, if any. The civil control over the activities of psychiatric services has been largely diminished over the last three years. Hence, in respect of observing human rights in psychiatry, there has established a stable negative tendency.

### Open Letter of the Independent Psychiatric Association of Russia to the World Psychiatry Association's General Assembly

July 23, 2002, Moscow

The unprecedented experience of psychiatry's use for non-medical purposes in the Soviet Union of the 1970 – 80s has been overseen as an object for serious scientific analysis that would seek to prevent reiteration of such abuses in the future.

As a result of insufficient professional interest to the issue, the unscrupulous technologies have been recurring in Russia since 1995, employed by the same psychiatrists of that very institution that had been practicing the methods before — Serbski State Center of Social and Forensic Psychiatry. It has become the seat for anticultism in Russian psychiatry, having issued an actual instruction on exposure of religious organizations that bring harm to its members' mental state; and the document does not hold water even at first professional sight.

Numerous legal trials against religious organizations, which have started since 1995, have become endless and forced law-abiding citizens to emigrate. Thus, in response to attempts to shut down a Protestant Church "The Word of Life" in Magadan, more than 400 locals opted for emigration to Australia. Scientific evidences, such as academician A. Vorobyov's conclusion on the refusal in blood transfusion by the Witnesses of Jehovah or the conclusion of the IPA's commission, which refuted allegations of mental damage caused by religious techniques of "The Teaching of Truth AUM", were never attached to respective cases during legal proceedings.

We have been informing the World Psychiatry Association of the use of psychiatry for suppression of religious communities in Russia. Unfortunately, our correspondence with Marianna Kastrop only resulted in Ms. Kastrop expressing her gratitude for the materials presented and admitting that destructive cults existed elsewhere in the world. *Yet, our protest is based on quite different postulates: using separate examples of destructive cults as reference points, the psychiatric manipulators arrogate profound mental damage to factors that actually are kin to traditional practices of established creeds and even everyday life incidents (to name a thing, the common collisions over undesired fiancés or brides, triggered by parents). That is, we protest against the "double standards", used in the open, and the witch hunting campaign, held under the new guise.*

In June this year Russian society was shocked at the forensic psychiatry examination of colonel Budanov. The accusations of kidnapping, rape and murder of a 17-year old Chechen girl and humiliation of a subordinate officer, perpetrated in an alcohol frenzy, seem to have evaporated over the course of the trial. Which was largely due to the verdict of the Serbski Center experts. The examination commission was presided by Tamara Pechernikova and included professor Fyodor Kondratyev, both psychiatrists being notorious for their participation in suppression of



political dissidents in 1970 – 80s and religious dissidents starting from 1995.

Professor Akim Oifa as prosector and Doctor Yury Savenko as psychiatrist have submitted reviews on conclusions of forensic medical examination and complex forensic psychological-psychiatric examination in respect of colonel Budanov, evincing the documents' utter professional inconsistency. However, it has proved impossible to find a single domestic professional and truly independent psychiatrist willing to take part in the repeated examination, in case the court should call one. We could only name our emigrant colleagues to lawyers. A week before the final session of the court, the state prosecutor, who had been actually defending (!) Budanov, was substituted for a prosecutor with an opposite attitude. As a consequence, the court called for a repeated forensic psychiatric examination, charging the Russian Ministry of Health Care with the selection of the expert commission. Among others, the Ministry chose to invite academician Morozov — a person boycotted by the international professional community as the head director of the use of psychiatry for political purposes in the Soviet Union. This only testifies to the governmental revision of positions towards the epoch of abuse and defies the entire global community, not just the professional circle.

Only too well we remember that the World Psychiatry Association, reluctant to deal with political matters, had been evading the issue of psychiatric abuses in the Soviet Union for two decades, despite having the ample evidence

of the unscrupulous methods. We, too, resist invasion of politics into psychiatry. Yet, we are forced to defend our professional autonomy from the authorities' interference and expect support from the international psychiatric community. Especially as we confront the ever-increasing resistance of the authorities to any forms of public control to the extent of Russia's Ministry of Justice trying to define our consultations on the issues concerning rights of mental as illegal activities. In the meantime, the state service for protection of the mentally ill, provided for in the existing legislation as far back as 10 years ago, has never come into being. We had established an alternative non-government service of such nature on our own only to see it shut down by Moscow administration. **At present, the Russian Federation's Ministry of Justice is openly threatening to cancel official registration of the Independent Psychiatry Association of Russia unless our organization refrains from expert activities.**

We call upon the WPA's General Assembly to **publicly express their anxiety about the political pressure, exerted upon experts in socially significant cases.** We appeal to the Assembly for establishing **the Council of Forensic Psychiatry Experts** within the framework of the Ethics Committee and the Review Committee on the Abuse of Psychiatry to enable its members to be included at request of national societies into examination commissions for cases, marked with sharp political polarization and tensions within the country.

**III Национальный конгресс  
ИТАЛЬЯНСКОГО ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКОГО ОБЩЕСТВА**

*30 ноября 2002 г., Флоренция*

**E-mail: [fenom2002@css-congressi.it](mailto:fenom2002@css-congressi.it)**



Благодаря поддержке Института “Открытое Общество” в рамках программы дестигматизации психически больных НПА России осуществила издание популярных буклетов для бесплатного распространения среди населения из серии

**“Что нужно знать о психическом здоровье”**

по следующим темам:

*Когда нужен психиатр?*

*Душевнобольной в семье*

*Психическое здоровье пожилых людей*

*Расстройства пищевого поведения*

*Шизофрения*

*Маниакально-депрессивные расстройства*

*Депрессия*

*Фобии*

*Панические расстройства*

*Посттравматические стрессовые расстройства*

Цель издания —

преодолеть недоверие населения к психиатрии и психиатрам,  
развенчать мифы об особой опасности,  
несостоятельности и неизлечимости психически больных.

По Вашему запросу будет выслан комплект изданных брошюр, которые можно использовать как образец для издания в Вашем регионе. Мы планируем продолжить издание популярных брошюр для населения и будем благодарны за предложение новых тем и участие в их разработке.

**ПРИНИМАЮТСЯ ЗАКАЗЫ НА ИЗДАНИЯ НПА РОССИИ:**

**ПРИЛОЖЕНИЯ**

к «НЕЗАВИСИМОМУ ПСИХИАТРИЧЕСКОМУ ЖУРНАЛУ»

1. С. Н. Шишков — «Судебно-психиатрическая экспертиза (понятие и типы)»  
(Учебное пособие)
2. I-е Консторумские чтения. «Психотерапия малопрогрессирующей шизофрении»
3. О краткосрочной терапии творческим самовыражением и клинико-психотерапевтическом театре в психиатрии. (Учебное пособие)
4. II-е Консторумские чтения. «Клиническая психотерапия и феноменологическая психиатрия»
5. III-и Консторумские чтения. «Психотерапия тревожных и депрессивных расстройств»
6. IV-е Консторумские чтения. «Терапия духовной культурой»
7. А. И. Ойфа — «Патологическая анатомия мозга» (методические рекомендации)
8. V-е Консторумские чтения. «Клиническая психотерапия»

**ЗАКАЗЫ НА ИЗДАНИЯ НПА**

117602, Москва, Олимпийская деревня, д. 15, кв. 61.

Аргуновой Юлии Николаевне

**ПРОДАЖА**

в газетном киоске издательства «Экспресс-хроника» у выхода из метро «Чеховская»



# «НЕЗАВИСИМЫЙ ПСИХИАТРИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ»

Индексы для подписчиков:

на полугодие: 73290 — индивидуальных, 73291 — коллективных; на год: 71390 — индивидуальных, 71391 — коллективных

- 1991, I: Устав НПА — Антипсихиатрия сегодня — О психической заразительности.
- 1992, I-II: Проблема предмета советской психиатрии — Начальное бредообразование — Затухание бреда — Доклад комиссии WPA о визите в СССР в 1991 г.
- 1992, III-IV: Герои и антигерои советской психиатрии — Дело генерала Петра Григоренко.
- 1993, I-II: Интрацепция и ипохондрия — Проблема идентификации — Практика и техника психоанализа.
- 1993, III-IV: Взгляд на американскую психиатрию XX века — Границы шизофрении.
- 1994, I: Нелекарственная терапия психозов — Выбор приоритетов — Типология деперсонализации.
- 1994, II: О бреде — Феноменология меланхолии.
- 1994, III: Деятельность НПА за 1989–1993 гг. — Ответственность за незаконное стационарирование — Врачебная тайна — О школе Столбуна.
- 1994, IV: Психоанализ в противоречиях — Биографический метод — Терапия смыслоутраты.
- 1995, I: О вялотекущей шизофрении — О диагностике — Митрополит Антоний о медицинской этике.
- 1995, II: Об институциональной психотерапии — О границах психотерапии — Об этнопсихиатрии — Дело АУМ.
- 1995, III: DSM-IV — Бенедетти о психотерапии шизофрении — Психология свидетельских показаний.
- 1995, IV: Гематологическая психоонкология — Психохирургия — Представительство интересов психически больных — VII съезд НПА и XII съезд РОП.
- 1996, I: Ясперс о бреде ревности (1) — Психиатрия и права человека — О мышлении по аналогии.
- 1996, II: Ясперс (2) — Психиатрия и нейрофизиология — Психиатрия в III Рейхе/ГДР и СССР/России — Обращение в Думу и Правительство.
- 1996, III: Ясперс (3) — Клинический разбор — Образ человека и мозг — Правовые казусы — О психоанализе.
- 1996, IV: Ясперс (4) — Конгресс в Мадриде — Психиатрия и религия — Памятка для пациентов об их правах.
- 1997, I: Интуиция в психиатрии — Новая парадигма. I — Ответ д-ру С. Глузману.
- 1997, II: Предложения к Закону — Метод идеальных типов — Новая парадигма. II — Психиатрический ГУЛАГ.
- 1997, III: Сто лет психоанализа — Новая парадигма. III — Психиатрия и религия.
- 1997, IV: Гуссерль и Ясперс — Новая парадигма. IV — Юбилей Бехтерева — Патографии Ленина и Хрущева.
- 1998, I: Гуссерль и Ясперс — Новая парадигма. V — Законы о наркотиках — Экспертиза Бехтерева по делу Бейлиса.
- 1998, II: Деятельность НПА в 1997 г. — Развитие психиатрической помощи в России — Основы этических стандартов в психиатрии — Детская психиатрия.
- 1998, III: Структура идентичности и психоз — О предмете социальной психиатрии — “Тирания психиатрии” и “тирания права” — Питирим Сорокин об основной ошибке русской интеллигенции.
- 1998, IV: Концепция психопатологического диатеза — Poleмика о путях борьбы с наркоманиями — Психиатрия и религия — Курт Гольдштейн: Принцип целостности в медицине.
- 1999, I: Курт Шнайдер. Религиозная психопатология (1) — Психотерапия — Экспертиза “Свидетелей Иеговы” — Басня о психотронном оружии
- 1999, II: Шнайдер (2) — Социальная психиатрия — Психотерапия — Всероссийский семинар к 10-летию НПА.
- 1999, III: Шнайдер (3) — Тенденции российской психиатрии — Экспертиза сайентологов.
- 1999, IV: Кризис современной психиатрии — ЭЭГ при молитве и голодании — Психиатрия и религия — Дело Платона Обухова — Этика экспертизы.
- 2000, I: О Рильке — Объединения родственников больных — Poleмика — Проект Закона.
- 2000, II: Кассирер: Техника политических мифов — “Открытый диалог” — Экспертиза парасуицида — Корсаковская экспертиза — Дело Шмита (1).
- 2000, III: Критика МКБ-10 — Психофармакология — Социальная и судебная психиатрия — Дело Шмита (2).
- 2000, IV: X-ый съезд НПА России: Проблема доверия — Обсессивный синдром — Опасные действия психически больных — Ганнушкин — Зейгарник — XIII съезд психиатров России.
- 2001, I: X съезд НПА России — проблема доверия — Дискуссия о судебно-наркологической экспертизе — Парадоксы невменяемости — Концепция brainwashing “промывания мозгов” — фальшивка ЦРУ — Об экспертизах саентологов и иеговистов
- 2001, II: Экзистенциальный анализ восприятия князя Мышкина — Психопатологический диатез — О психическом здоровье и состязательной экспертизе — Экспансия идеологии на психическое здоровье
- 2001, III: Крепелин — Нет — метадону — Признаки упадка отечественной психиатрии (1) — Эпическая терапия — Дело Столбуна
- 2001, IV: Кронфельд — Психология в психиатрии — Признаки упадка отечественной психиатрии (2) — Положение психически больных в регионах России — Психиатрия и религия
- 2002, I: Русский Пинель — Саблер

Материалы для публикации присылать по адресу:

125581, Москва, ул. Ляпидевского, д. 18, кв. 41, Ю. С. Савенко; E-mail: ipar@aha.ru

Статьи следует сопровождать резюме для перевода на английский язык

Телефон редакции (095) 291-9081, факс (095) 291-8469

Москва, Новоарбатский пр., 11-1922

Адрес для корреспонденции: Москва 103982, Лучников пер., 4, подъезд 3.

Российский исследовательский центр по правам человека. НПА России